

Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

Diplomová práce

Odlehčovací služba jako dílčí forma sociální pomoci
rodinám dětí s mentálním postižením

Autor: Pavlína Vašková
Vedoucí práce: PhDr. Iva Strnadová, PhD.

2009

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury.

Souhlasím, aby tato práce byla využita ke studijním účelům.

V Příbrami 30. 3. 2009

Tímto bych chtěla poděkovat PhDr. I. Strnadové, PhD. za cenné rady, podněty a připomínky při vedení mé diplomové práce. Dále bych chtěla vyjádřit své poděkování všem pracovníkům a klientům Odlehčovací služby Klubu Hornomlýnská za to, že mě mezi sebe vlídně přijali a poskytli mi tak mnoho významných zkušeností a poznatků, Zejména bych chtěla vyslovit svůj dík Mgr. E. Košatkové, tehdejší vedoucí odlehčovací služby ve jmenovaném zařízení. Též děkuji všem svým respondentům za ochotu a čas, **který věnovali mému šetření. V neposlední řadě chci poděkovat své rodině za trpělivost a materiální podporu.**

Anotace

Diplomová práce se zaměřuje na problematiku odlehčovacích služeb poskytovaných rodinám dětí s mentálním postižením. Snaží se přiblížit situaci těchto rodin, které nepřetržitě pečují o své nejzranitelnější členy. Jejím hlavním cílem je charakteristika odlehčovacích služeb, a to v rovině obecných informací, dále pak z hlediska jejich vývoje a zákona o sociálních službách, zejména pak ale z pohledu samotných poskytovatelů, čehož se snaží docílit pomocí dotazníkového šetření. Usiluje o získání informací od poskytovatelů na území celé České republiky a snaží se tak vytěžit údaje, které by vypovídaly o možnostech ovlivňování kvality nabízených služeb. Plněním stanovených cílů se diplomová práce pokouší přispět do problematiky odlehčovacích služeb, jejichž cílovou skupinou jsou děti s mentálním postižením.

Annotation

This dissertation is concentrates on the problems of respite care provided to families of children with mental disabilities. In tries to outline situation of families which ceaselessly take care of their most vulnerable members. The main goal of my work is characterization of these services, firstly on the general level, and secondly it describes the development of these services and the Act about Social Services, which it does primarily from the point of view of the providers through questionnaire survey. My work aims to gather information from providers of care from the whole of the Czech Republic a thus aspires to collect data which would show the possibility to influence the quality of the services provided. By this, my work tries to contribute into the field of the respite care, which target group are children with mental disability.

Obsah:

Úvod.....	- 8 -
1. Specifika životní situace rodičů dítěte s mentálním postižením.....	- 9 -
1.1 Rodina jako systém.....	- 9 -
1.2 Rodinná a rodičovská identita.....	- 10 -
1.3 Uspokojování základních psychických potřeb rodiče dítěte.....	- 11 -
1.4 Dítě s mentálním postižením v rodině a jeho vliv na ni.....	- 13 -
1.5 Problematika výchovy dětí s mentálním postižením.....	- 15 -
1.6 Sourozenci dítěte s mentálním postižením.....	- 18 -
2. Odlehčovací služba.....	- 20 -
2.1 Vymezení pojmu odlehčovací služba.....	- 20 -
2.2 Historický vývoj odlehčovací služby.....	- 21 -
2.2.1 Vznik odlehčovací služby v ČR.....	- 22 -
3. Odlehčovací služba jako jedna z forem sociální pomoci.....	- 25 -
3.1 Odlehčovací služba z pohledu zákona o sociálních službách.....	- 25 -
3.1.1 Kategorizace sociálních služeb.....	- 27 -
3.1.2 Charakteristika odlehčovací služby podle zákona o sociálních službách.....	- 29 -
3.2 Zajišťování kvality sociálních služeb.....	- 33 -
4. Hlavní subjekty odlehčovací služby.....	- 36 -
4.1 Rodinný pečovatel.....	- 36 -
4.2 Vedoucí odlehčovací služby.....	- 37 -
4.3 Pracovník v sociálních službách.....	- 39 -
4.4 Sociální pracovník odlehčovací služby.....	- 42 -
4.5 Profesionální etika.....	- 43 -
5. Problematika péče o osoby s mentálním postižením v zařízení odlehčovací služby.....	- 46 -
5.1 Vnitřní svět osob s mentálním postižením.....	- 46 -
5.2 Individuální plánování poskytovaných služeb.....	- 46 -
5.3 Zvláštnosti průběhu poskytování odlehčovací služby dětem s mentálním postižením.....	- 50 -
6. Metodologická východiska.....	- 52 -
6.1 Cíl a dílčí otázky šetření.....	- 52 -
6.2 Volba výzkumné metody a nástroje šetření.....	- 53 -
6.3 Předvýzkum.....	- 55 -
6.4 Charakteristika cílového souboru.....	- 56 -
7. Průběh šetření.....	- 57 -

Úvod

Problematika péče o osoby s postižením je velice široká a je mnoho možností, jak na ni nahlížet a jak ji uchopit. Ve své diplomové práci se zaměřuji na odlehčovací služby, které jsem jakožto téma zúžila na odlehčovací služby poskytované rodinám dětí s mentálním postižením. Svou prací usiluji o získání vhledu do oblasti těchto služeb a o následné přispění do této problematiky.

Odlehčovací služby tvoří podpůrný systém, jenž se snaží pečujícími osobám odlehčit v plnění jejich náročné role. Protože rodina dítěte s mentálním postižením se svým rozhodnutím využít odlehčovací službu stává partnerem poskytovatele služby a ona se také stává primárním klientem, první kapitola je věnovaná právě situaci rodiny, jejímž členem je dítě s mentálním postižením. Za důležité považuji zamyslet se i nad situací sourozenců těchto dětí, jelikož i oni jsou těmito okolnostmi ovlivňováni a i oni sami je samozřejmě utvářejí.

V dalších kapitolách se věnuji odlehčovacím službám v rovině obecných informací, kdy vymezuji pojem odlehčovací služby, zabývám se jejich historickým vývojem a legislativními normami, kterým podléhají.

V kapitolách věnovaných klíčovým pracovníkům odlehčovacích služeb vycházím převážně z údajů získaných konzultacemi s vedoucím služby v Klubu Hornomlýnská. Převážně stejný zdroj informací spolu se svými zkušenostmi z tohoto zařízení využívám i při zpracování kapitoly týkající se problematiky péče o osoby s mentálním postižením v zařízení odlehčovací služby.

V rámci dotazníkového šetření, kdy jsem usilovala o získání informací od poskytovatelů odlehčovacích služeb dětem s mentálním postižením na území celé České republiky, jsem došla k některým zajímavým zjištěním, která jsem se pokusila shrnout a porovnat s výsledky jiného výzkumu.

Při zpracování své práce jsem vycházela z uvedené literatury, kdy mi velmi podnětnou byla práce Buřičové (2008) a již zmíněné konzultace v Klubu Hornomlýnská, zejména pak s Mgr. E. Košatkovou.

1. Specifika životní situace rodičů dítěte s mentálním postižením

Na rodinu jako společenskou a výchovnou instituci působí nesčetné vnější a vnitřní podmínky. Zejména ty vnější je možné nejrůznějšími opatřeními zkvalitnit. Účinné ovlivňování vnitřních předpokladů je již záležitostí poněkud náročnější. Přítomnost dítěte s mentálním postižením značně působí na přijetí a splňování rolí jednotlivých členů rodiny. Zde již bývá nutná určitá specifická pomoc z vnějšku. Za vnitřní podmínky lze pokládat samozřejmě i vztahy mezi jednotlivými členy rodiny a jejich kvalitou. Ti by měli vždy brát zřetel na dítě s postižením, a to jak v zavádění norem, tak i stanovování pravidel chování. (Kvapík; Černá, 1990) Dítě s mentálním postižením tedy ovlivňuje rodinu jako systém, rodinnou a rodičovskou identitu, způsob výchovy a prospívání sourozenců.

1.1 Rodina jako systém

Každé dítě, ať už je jakkoliv postižené, nemocné či zdravé, potřebuje, aby mu bylo jeho nejbližšími vytvořeno příznivé a podněcující prostředí, kde bude vnímáno jako plnohodnotný a plnoprávný člen svého rodinného společenství. Právě rodině je přiznáván největší vliv na formování vývoje jedince. Pro porozumění fungování této společenské skupiny je zapotřebí pochopit rodinu jako systém s jejími charakteristickými procesy.

Kamer (in Sobotková, 2001, s. 22) například vymezuje rodinu takto: „Rodina je skupina lidí se společnou historií, současnou realitou a budoucím očekáváním vzájemně propojených transakčních vztahů. Členové jsou často, (ale ne nutně) vázáni hereditou, legálními manželskými svazky, adopcí nebo společným uspořádáním života v určitém úseku své životní cesty. Kdykoliv mezi blízkými lidmi existují intenzivní a kontinuální psychologické a emocionální vazby, může být užíván pojem rodina, i když jde například o nesezdaný pár, náhradní rodinu atd.“ Rodinu jako systém můžeme tedy chápat jako soubor částí s jeho příznačnými vztahy mezi jednotlivými prvky. Matějček (2005) zvláště zdůrazňuje tyto vzájemné vztahy a interakce, neboť prvky systému nejsou jednotliví lidé sami o sobě, jelikož chování každého jednoho jedince ovlivňuje všechny ostatní. Porucha jednoho článku tedy významně ovlivní funkci celého systému.

Rodinný systém je utvářen způsoby přizpůsobování se změnám, řešení úkolů, názory a hodnotami jednotlivých jejích členů a následně rodiny jako celku.

Důležitou vlastností rodinného systému je míra jeho otevřenosti či uzavřenosti. Zvláště pro rodinu, která se vyrovnává s dočasnou krizí nebo musí řešit celoživotní zátěž, je důležité, aby dokázala udržet rovnováhu mezi těmito dvěma protikladnými znaky. V uzavřenějším systému se sice může někdo cítit bezpečněji, ale časem se tyto rodiny stávají rigidními, nejsou schopny reagovat přiměřeně na změny a neumožňují rozvoj svých členů. Snižuje se schopnost snášet stres, také kvůli nedostatku kontaktu s okolím až izolaci - rodina nemá dostatečnou podpůrnou síť a je zranitelnější v krizích. Otevřené systémy jsou adaptabilnější, schopné přijímat nové zkušenosti, měnit ty vzorce, které se ukáží jako nefunkční či nevhodné. Protože funguje výměna informací s okolím, bývá dobrá podpůrná síť, která umožní kompenzovat dočasné slabosti ve fungování rodiny. (Sobotková, 2001)

1.2 Rodinná a rodičovská identita

Identita je pojem, který můžeme chápat jako způsob, jímž jedinec vnímá svou stejnost a kontinuitu v čase a místě, smysl a význam své existence v širokém kontextu lidské společnosti. (Průcha; Walterová; Mareš, 2008) Míjí se jím naše vnitřní odpověď na otázku *Kdo jsem?*, ne tedy *Co mám, co ke mně patří?*, ale co já sám zaujímám v předivě vztahů, které panují v mém společenském okruhu. (Matějček, 1992a)

Rodinnou identitu lze považovat za jednu ze základních charakteristik rodinného systému. Lze ji vymezit jako vyznávání jistých hodnot, vzájemné doplňování se a pomoc v plnění rodinných rolí a pocity a vědomí vzájemné blízkosti. Je to tušení i vnímání vlastní příslušnosti ke skupině „svých“ lidí za současného chápání významu její jedinečnosti vzhledem k ostatním sociálním systémům. Stejně jako se vyvíjí identita jedince, prochází i rodinná identita určitými změnami, na které musí adekvátně reagovat, aby nedošlo k dysfunkci rodiny.

Narození dítěte s postižením ohrožuje reprodukční očekávání rodičů. Stává se pro ně svědectvím neúspěšnosti, sociálním deficitem, náročnou psychickou i fyzickou zátěží, někdy i motivem k ukončení pracovní kariéry. Matějček používá v souvislosti

s psychickým prožíváním matky této situace termín handicapované mateřství. (Matějček; Dytrych, 1994)

Dobu od zjištění postižení do úplné akceptace a adaptace na skutečnost odlišnosti vlastního dítěte lze označit za krizi rodičovské identity. (Vágnerová; Hadj-Mousová; Stech, 2001)

Postoje rodičů k jejich dítěti nevznikají nijak náhle, ale jsou naopak výsledkem jejich dosavadní celoživotní zkušenosti. Každé dítě, které tedy přichází na svět, má od počátku zcela odlišné životní podmínky. Vždy je ale prostředí, do kterého se narodí, nepochybně jistým způsobem připraveno, a to právě postoji a představami budoucích rodičů, jejichž rodičovská identita je následně nejvíce zasažena. Bude nutno přebudovat soustavu hodnot, upravit denní rozvrh, jinak plánovat do budoucna. Ještě větší otřes bezpochyby způsobí, jsou-li rodiče označeni za vůbec neschopné zplodit zdravé dítě. Poté je zasažena potřeba seberealizace prostřednictvím rodičovské role, potřeba mít zdravého potomka jako pokračování vlastního života v jeho pozitivní variantě. (Vágnerová; Hadj-Mousová; Stech, 2001)

O jiné situaci lze hovořit, dostanou-li rodiče naopak ujištění, že skutečnost jednoho postiženého potomka nemusí nijak významně ohrozit možnost narození dalších zdravých dětí. Zdravý sourozenec je poté šancí pro resilienci rodiny. Zdravé a dobře se vyvíjející dítě vytváří pozitivní atmosféru, ve které i postižené dítě prospívá lépe než dříve.

Jestliže se rodičům podaří vybudovat si zdravou rodičovskou identitu a **dopracovat se tedy do identity rodičů dítěte s mentálním postižením, mají nejlepší předpoklad vytvořit i zdravou identitu svého dítěte.** (Matějček, 1992a)

1.3 Uspokojování základních psychických potřeb rodiče dítěte

Postoje rodičů jsou výrazně ovlivňovány tím, nakolik jejich dítě uspokojuje jejich základní psychické potřeby související s rodičovskou rolí. Toto téma ve svých

¹ Nezdolnost, houževnatost; souhrn činitelů, které člověku pomáhají přežít v nepříznivých podmínkách, ve stresu, osamění, při bolestivé nemoci; k takovým činitelům patří: zdravé sebepojetí a sebeúcta, kritické myšlení, schopnost odolávat nátlaku. (Hartl, 2004, s. 228)

dílech zpracovali Vágnerová (Vágnerová; Hadj-Mousová; Stech, 2001) a Matějček (1992a). Shrneme-li jejich poznatky do jednoho celku, získáme řadu faktorů ohrožujících uspokojování potřeb rodičů dítěte s mentálním postižením.

- *Potřeba stimulace:* Dítě s postižením nesplňuje očekávání, které rodiče mají. Nechová se tak, aby stimulovalo rodičovskou aktivitu jako dítě zdravé. Jeho projevy bývají omezené, mají malou intenzitu, dítě nedává dostatečnou zpětnou vazbu na podněty, od přírody není nastaveno na dychtivé vítání a samostatné vyhledávání podnětů.
- *Potřeba smysluplnosti a řádu:* Rodiče si nejsou úplně jisti, jak se mají k postiženému dítěti chovat, jelikož obvykle neznají rozsah omezení a pravděpodobných změn ve vývoji takového dítěte. Projevy dítěte s postižením neodpovídají běžným zákonitostem vývoje. Mnohdy se rodičům zdá, že jejich úsilí nemá smysl, protože dítě se nevyvíjí tak, jak by si představovali a očekávali. Rodiče pak mají často pocit zklamání, jejich životní situace není lehká, jsou na ně kladeny velké nároky a musí překonávat spoustu překážek.
- *Potřeba vlastní hodnoty a společenské prestiže:* Rodiče mohou narození dítěte s postižením prožívat jako trauma a narušení vlastní identity, považovat se za méněcenné, dokonce vyřazené z normální společnosti.
- *Potřeba citové a životní jistoty:* Postižené dítě vždy nemusí rodiče dostatečně citově uspokojovat. Zde hraje velkou roli i zevnějšek dítěte. Hůře bývají akceptovány děti s nápadnými změnami, zejména v obličejové části nebo tělesně deformované. (Buřičová, 2008) Tak jako si rodiče potřebují uvědomit hluboký citový vztah, kterým je k nim dítě poutáno, potřebují být ubezpečeni, že toto pouto nikdy nevymizí a že o ně bude citově postaráno až do stáří. S tím souvisí i reálné naděje, že jednou budou mít svá vnoučata, kterým budou moci odkázat své životní zkušenosti, vědomosti, naděje, ideály a cíle celoživotního snažení.
- *Potřeba otevřené budoucnosti:* Otevřená budoucnost a překonání vlastního životního času v dítěti má jisté předpoklady. Rodič musí mít možnost budoucnost dítěte plánovat, předvídat a formovat stejně tak,

jako by měl plánovat, předvídat a formovat budoucnost svou s ohledem na dítě. Budoucnost dítěte a tím i celé rodiny je ale často nejasná, neboť rodiče si mnohdy neumějí představit budoucí vývoj a další osud svého dítěte s postižením.

Zda a nakolik se rodiče vyrovnají s možným neuspokojováním svých rodičovských potřeb dítětem, souvisí s jejich celkovým povahovým utvářením, s jejich dosavadním systémem hodnot i s jejich dosavadními zkušenostmi,

1.4 Dítě s mentálním postižením v rodině a jeho vliv na ni

Jak bylo již dříve několikrát zmíněno, příchod dítěte s postižením podrobí rodinný život závažné zkoušce. Tím, že je dítě součástí identity členů své rodiny, musí se každý z nich s přijetím této skutečnosti vyrovnat.

Dítě s postižením přináší zatížení nejenom úzkému kruhu rodiny. Duševní stav rodičů se odráží i v jejich vztahu k širší společnosti - k širší rodině, k okruhu přátel a známých atd. Ale i tento okruh lidí, který je sice ve větší vzdálenosti od dítěte s postižením, tuto skutečnost nějak vnímá, prožívá a vyrovnává se s ní. Dostatečně ilustrující je výpověď maminky nedonošených dvojčat: „Ráda bych se zmínila o tom, jak celou situaci prožívali naši příbuzní a známí. Na všech bylo vidět, že s námi soucítí a že je jim to, co se nám stalo, líto. Je pravda, že taková situace v rodině se dotkne chtě-nechtě všech jejích členů, i těch vzdálenějších. Je to jako účinek bomby. Hlavní a největší zásah dostane postižená rodina, ale střípky se rozletí do všech stran a přímo i nepřímo svými následky nějak ovlivní ostatní příbuzné a blízké známé.“ (Sobotková; Dittrichová, 2003, s. 72)

Všichni, kterých se situace dotýká, ať už pouze tím, že přicházejí do styku s takto zasáhnutými rodiči, by se měli snažit svou lítost nad jejich osudem nahradit konkrétní pomocí. I kdyby jim jen umožnili ulehčit si hovořením o jejich problémech či je podpořili uznáním za sílu a způsob, jak se snaží situaci řešit. Zde je ale nutné přihlídnout k tomu, že i širšímu okolí může trvat určitou dobu, než realitu náležitě zpracuje, než překoná možný ostych, než najde způsob, jak se k rodičům v jejich nejlepším zájmu chovat. (Matějček; Dytrych, 1994)

Všechny zvýšené nároky na rodiče, jak je přináší péče o dítě s postižením, mohou rodinu snadno narušit. Je důležité, aby pečující osoby kolem sebe měly lidi, kteří pomohou nastalé problémy vyřešit nebo alespoň zmenšit. Nabízí se mnoho možností opory, ale není vždy zaručené, že si je rodiče uvědomí, nebo že je nebudou dokonce odmítat.

V nejedné publikaci, zabývající se tímto tématem, se nalézá mezi prvními doporučeními i to, aby se postižená rodina stranila izolace od dalšího světa. Pomohou totiž i lidé nezasvěcení a nezkušení, jestliže vědí jak. Podmínkou je, aby rodiče před nimi nic neskrývali a nezatajovali, ale jednali otevřeně. Když druzí lidé nevědí, co jim smějí, nebo nesmějí říct, když se cítí před nimi nejistí, mají tendenci se spíše odtáhnout. Jestliže se rodiče s nimi přirozeně stýkají a volně hovoří o svých starostech, obvykle nacházejí u nich sympatickou odezvu. Rodiče s dítětem s postižením by tedy měli být zapojeni do širšího společenství rodiny, do vztahů v sousedství, na pracovišti, v okruhu přátel, ve společenských a zájmových organizacích jako všichni ostatní. (Matějček; Dytrych, 1994)

Aby člověk unesl těžké věci, potřebuje mít kolem sebe lidi, kteří ho mají rádi a u nichž cítí, že na něj myslí v tu nejhorší chvíli, i když pro něj třeba nemohou nic udělat. Nemohou za něj těžkost unést ani za něj udělat rozhodnutí, ale pocit, že nežije ve vzduchoprázdnu je nesmírně důležitý. A tak často vzniká pro rodiče dětí s postižením nebezpečí tím, že se izolují, mají pocit, že okolí jejich starosti a trápení nechápe. Někdy to ale může být zcela opačně - že oni ve své bolesti nerozumějí svému okolí, nebo jsou tak zoufalí, že jsou pak zlí, nebo se sami stáhnou a jejich okolí si s tím neumí poradit. Není to tedy tak, že by lidé nechtěli pomoci, ale že je i rodiče ve své bolesti mohou sami odstrčit. (Chvátalová, 2005)

Další často zmiňovanou oporu je vědomí rodičů, že nejsou jedinými, které potkal takový osud. Zajisté velice pomáhá, mohou-li se s podobně zasaženými lidmi stýkat, svěřit se se svými problémy těm, kteří to dokážou nejlépe pochopit. Od nich mohou získat mnoho neocenitelných rad a doporučení zvláštní zkušenosti, které by těžko dostávali na jiných místech. I oni mohou rovněž poskytnout obdobnou pomoc dalším rodičům v podobné situaci. (Matějček; Dytrych, 1994)

Podstatná pomoc je nabízena samozřejmě i ze strany nejrůznějších odborníků a to ze zdravotnictví, sociální oblasti, školství nebo zájmových a společenských organizací. Problémem ale je, že žádný rodič nedostane tuto pomoc komplexní a předem připravenou. Neexistuje totiž žádná osoba nebo instituce, která by věděla o všem, co potřebuje jedno konkrétní dítě s postižením. Koordinátorem všech dostupných informací se tedy musí stát samotný rodič. On je jediným skutečným odborníkem na své vlastní dítě. Stejně jako má dítě svou vlastní osobnost, svoje preference, schopnosti, silnější a slabší stránky, má i jeho rodina své specifické potřeby a preference a podléhá určitým tlakům. (Kerrová, 1997) Jedině ten, kdo je součástí tohoto celku, mu může hlouběji porozumět.

Nejdůležitější oporou by si měli být rodiče, tedy matka a otec, postiženého dítěte navzájem. Nejenom matka prožívá narození takového dítěte jako trauma, stejně je zasažen i otec, od kterého se navíc očekává, že poskytne psychickou podporu své partnerce. Ne vždy je to ale v jeho možnostech. (Chvátalová, 2005)

Postižení dítěte tedy samozřejmě ovlivňuje i partnerský vztah mezi rodiči. V horších případech může fyzické, psychické a citové strádání partnerů způsobené vyčerpávající a únavnou péčí o dítě zapříčinit i rozpad manželství. Na druhou stranu společné prožívání situace partnery může jejich vztah upevnit a stmelit. Měli by společně prožívat jak méně, tak i více příjemné okamžiky.

1.5 Problematika výchovy dětí s mentálním postižením

Podstatným předpokladem úspěšné výchovy dětí s mentálním postižením je velká trpělivost, mírnost, laskavost a v neposlední řadě vynalézavost ze strany rodičů. Silný cit a chladný rozum jsou v tomto případě nezbytné charakteristiky vychovatelů. Cit pomůže překonávat pocity beznaděje nad pomalými výsledky, rozum ukazuje cestu jak dál. (Marková; Středová, 1987)

Odpověď na otázku, jaké vlastnosti potřebují rodiče k tomu, aby se jim podařilo zvládnout domácí péči a výchovu dítěte s postižením, hledá ve svém díle i Kerrová (1997, s. 45). Schopnosti rodičů přirovnává k „šikovnosti žongléra, předvídavosti věštky, vhledu psychologa, znalostem lékaře, taktu diplomata, a to vše ještě umocněno železnou vůlí“.

Každé dítě potřebuje pro svůj vývoj především láskyplné prostředí, které mu dává pocit bezpečí a jistoty. Potřebuje cílevědomé a důsledné vedení, které však musí respektovat jeho zvláštní osobnostní rysy. (Marková; Středová, 1987)

Při výchově zdravých, ale zejména postižených dětí mohou rodiče ve svém vztahu k dítěti sklouznout k nevhodným, někdy až škodlivým postojům. Mohou ho příliš ochraňovat, bránit mu v činnostech a vlastní iniciativě, a tím v jeho dalším rozvoji. Díky tomuto přehnanému opatrování před možným rizikem mohou své dítě poškodit zejména v procesu sociálního začleňování. Podobně mu může uškodit nezdravé citové lpění a zbožňování rodiči, kteří se mu svou přehnanou péčí a láskou snaží vynahradiť vše, o co může být v jejich očích v životě ochuzeno. Opačný postoj rodičů, kdy se snaží, aby jejich potomek dosáhl nereálného úspěchu vzhledem ke svým možnostem, vede k přepínání dítěte a někdy až ke zhoršení jeho zdravotního stavu. Jestliže se rodiče vydají na cestu, jejímž cílem je pouze dosáhnout úspěchu bez ohledu na to jak jej docílit, a ve své snaze jsou ochotni veškerou práci a aktivitu dítěte převzít na sebe, zajišťují mu úlevy a výhody, nedovolí mu pak, aby se alespoň v rámci svých možností osamostatnilo. Na druhé straně proti výše zmíněné přepjaté výchově je výchova zavrhuující. Tehdy jeden či oba rodiče spatřují ve svém dítěti s postižením pouze svůj životní neúspěch, prohru a ostudu. Dítě nesplňuje nároky rodičů, někdy obtížně zvládnutelné i pro intaktního vrstevníka, a je pak trestáno či omezováno. (Matějček; Dytrych, 1968)

Pokud jsme se dosud soustředili na možné chyby, které mohou rodiče, ač neúmyslně, při výchově dělat, je na místě zmínit se o obecných zásadách, které je vhodné v tomto procesu uplatňovat.

Na prvním místě stojí zásada přípuštění si pravdy o skutečných možnostech dítěte. Pokud rodiče vědí, jaký je opravdový stav dítěte, mají větší šanci nalézt vhodné metody jak s dítětem pracovat. Dále je nutné dodržet zásadu systematičnosti. S tou pomáhá kolektiv odborníků, který pomůže nalézt vhodný okamžik k dalšímu kroku v ovlivňování dítěte. V péči o dítě s mentálním postižením je nutné neustále zvažovat jeho reálné možnosti, nevyžadovat nemožné, zbytečně zatěžující jak pro dítě, tak i pro samotné rodiče. Je tedy důležité pracovat účelně. (Matějček; Dytrych, 1968)

Základní zásady, jichž by se měli rodiče při výchově dětí s mentálním postižením držet, popisují ve svém díle Kvapík a Černá (1990, s. 34-35). Vycházejí při tom z dlouhodobých zkušeností mnoha rodičů.

- „Nečinit dítě předmětem soustrasti a nedovolit nikomu z jeho okolí, aby ho litoval.
- Jednat s dítětem přibližně stejně jako s nepostiženým, pouze mladším, avšak očekávat od něho jenom to, co víme, že může dokázat.
- Nesrovnávat je se stejně starými dětmi s postižením, nevystavovat je soutěži s nimi.
- Pochválit dítě za každý sebemenší úspěch, za vše, co se mu povedlo a povzbuzovat ho k dalším činnostem.
- Rozvíjet pracovní schopnosti dítěte v domácnosti a pověřovat je úkoly, na které stačí. Hodnotit splnění těchto úkolů stejně jako splnění úkolů možná důležitějších, jimiž byli pověřeni ostatní členové rodiny.
- Soustředit všechno úsilí na vytvoření základních hygienických a společenských návyků dítěte.
- Zajišťovat stálý přívod podnětů, na něž může dítě reagovat.
- Navštěvovat s ním různé kulturní a sportovní podniky, které jsou přiměřené jeho chápání.
- Procvičovat často a v měnících se situacích výchovný požadavek, jehož splnění dítěti vštěpujeme.
- Trestat dítě jen tehdy, jsme-li přesvědčeni, že si závažnost přestupku, jehož se dopustilo, může uvědomit."

Vyvarovat se chyb a dodržovat nejrůznější zásady je požadavek na rodiče nesmírně náročný. Nesmí se opomenout, že kromě náročné každodenní péče o dítě s postižením mají rodiče odpovědnost i k ostatním členům rodiny a k sobě navzájem. Není potom zarážející, že při plnění všech svých nelehkých povinností si mohou nevědět rady a chybovat. Každé dítě je jedinečné, se svými individuálními potřebami a

projevy, a proto je vždy nutné nalézt cestu, která bude prospěšná právě pro toto **konkrétní dítě a jeho rodinu. Nelze se tedy vždy řídit jen všeobecnými pravidly.**

Osobnost vychovatel roste především ve výchovných činnostech. Žádná chvíle, v níž se rodiče svému dítěti věnují, není ztracena. Prospívá nejen postiženému dítěti, ale i jim samotným, zvláště tehdy, jestliže tyto výchovné okamžiky dovedou prožívat radostně, na práci s dítětem se opravdově těší a nepocítují ji jako životní oběť. (Kvapík; Černá, 1990)

1.6 Sourozenci dítěte s mentálním postižením

Dítě s postižením potřebuje pomoc a porozumění. Rodina mu musí být jeho nejbližší oporou, musí je výchovně vést, mnohému naučit. Taková péče vyžaduje vedle běžných úkonů i další méně obvyklé aktivity, jako je například práce se speciálními pomůckami, formy alternativní komunikace aj. Znamená tedy pro rodiče mnoho práce navíc. Věnují mu více pozornosti, někdy až veškerý svůj čas a energii.

Někteří rodiče si proto nedovolí připustit možnost mít další dítě. Obávají se, že už by pak nezvládali tak náročnou péči o postižené dítě nebo že by ho připravili o svou bezvýhradnou citovou angažovanost. Zkušenost však naproti tomu říká, že další - zdravé - dítě v rodině přináší v naprosté většině případů uklidnění a ozdravení celého prostředí. To přirozeně prospívá všem včetně postiženého dítěte. Pracovní zatížení se obvykle rozdělí a zvládne až překvapivě lehce. Navíc tato situace podněcuje větší úsilí o samostatnost u postiženého dítěte, které ostatně v mladším sourozenci získává mohutný zdroj vývojové stimulace. (Matějček, 1992a)

Vedle pozitivního přínosu zdraví sourozenců existují samozřejmě i jistá rizika. Vzájemným vlivem sourozenců se ve své práci zabývají Marková a Středová (1987). Prvním velkým přínosem pro dítě s postižením je narození zdravého sourozence už jen proto, že přestává být středem pozornosti, jak tomu bylo až dosud. Dalším neméně důležitým pozitivem je významné podněcování k výkonům. Po nějaké době začne dítě s postižením svého mladšího sourozence napodobovat, později se mu snaží vyrovnat.

Jestliže se dítě s postižením narodí až po dítěti zdravém, je nebezpečí, že si zvláště matka vytvoří k postiženému dítěti zvláštní citový vztah, při kterém se spojí

soucit a vrozená mateřská láska, a starší dítě je zatlačeno do pozadí. Lásku a péči musí rodina uvážlivě rozdělovat tak, aby se zdravé děti změnily postupem času v ochránce dítěte a dítě s postižením je milovalo a mělo v nich po celý život oporu. (Marková; Středová, 1987)

Svou pozornost na prožívání situace rodiny zdravými dětmi zaměřuje i Vágnerová (1999). Zda a do jaké míry porozumí dítě problému postiženého sourozence, je závislé na jeho aktuální vývojové úrovni. Děti mladšího školního věku akceptují jeho odlišnost stejně realisticky jako cokoliv jiného. U dětí středního školního věku se mohou objevit jisté problémy spojené s potřebou stejnosti, která usnadňuje porozumění. Jinými slovy, dítě posuzuje všechny děti - vrstevnickou skupinu, která zde nabývá na významu, včetně svého sourozence podle sebe. Vztah pubescenta k postiženému bratrovi či sestře může ovlivnit pocit nejistoty spojený s dospíváním. Tak se mohou objevit výkyvy v jeho postoji k handicapovanému sourozenci.

Vytvoření skutečné vztahové symetrie, která je mezi sourozenci běžná, je v tomto případě většinou těžko dostupné. Postižený sourozenec nemůže být modelem, s nímž je možné se ztotožnit, stejně tak se nemůže stát přirozeným soupeřem, protože tomu neodpovídají jeho kompetence. Rodiče navíc takový projev zdravého dítěte klasifikují jako špatné chování a přestupek. (Vágnerová, 1999)

Je důležité, aby se zdravým sourozencům od nejútlejšího věku podalo srozumitelné vysvětlení situace. Pokud pochopí, co se kolem něj děje, snadněji se přizpůsobí změnám v životě rodiny a odlišnému sourozenci, který vyžaduje odlišnou péči. (Kerrová, 1997)

O tom, zda v budoucnu převezme péči o postiženého sourozence jeho bratr či sestra, rozhoduje kromě nejrůznějších vnějších okolností samozřejmě i výchova, postoje a hodnoty rodiny. (Chvátalová, 2005)

Přítomnost postiženého jedince v rodině může být při dobrém vedení mimořádně vydatným výchovným činitelem pro druhé děti. Může posilovat soudržnost rodiny a přispívat k formování pozitivních hodnot, jimiž pak rodina žije. Soužitím s dítětem s postižením se rodiče a ostatní vychovatelé nepochybně mnoho učí a vnitřně vyspívají. Jejich životní zkušenost v tomto směru je však poněkud zvláštní a výjimečná. (Matějček; Dytrych, 1994)

2. Odlehčovací služba

Nepřetržitá péče o mentálně postiženého potomka je pro jeho rodiče náročný úkol, jehož plnění přináší mnoho úskalí, jež jsou již zmíněna v předchozích kapitolách. Za účelem odlehčení rodinám s postiženým dítětem nabízejí svoji pomoc odlehčovací služby. Ty umožňují osobám, které pečují o takové děti v domácím prostředí, alespoň minimální odpočinek nezbytný k regeneraci vlastních sil, které potřebují k zajišťování celodenní péče. Jedná se o systém sociální péče, který je orientovaný na rodinu postiženého klienta, primárním klientem tedy není samotná postižená osoba, ale osoba o ni pečující - rodinný pečovatel.

2.1 Vymezení pojmu odlehčovací služba

Termín odlehčovací služby je ukotven v Zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb. s platností od 1. 1. 2007. Před přijetím tohoto zákona se ale spíše operovalo s pojmem respitní péče, upravenou formou anglického výrazu „respite care“.

Anglický termín respite pochází pravděpodobně z latinské respice, což znamená odpočívat. Vyjadřuje tak náplň respitní péče, kterou je umožnit odpočinek pečujícím členům rodiny. (Komárek, 1997)

Matoušek (2007) definuje odlehčovací služby jako formu pomoci, kdy postižený člověk dostane v domácím prostředí k dispozici pečovatele a pečující osoby a rodina tak mohou na nějakou dobu přestat pečovat, nebo je člověk s postižením umístěn do pobytového zařízení, které přebere péči o něj kompletně. Tato služba umožňuje snížit pečovatelskou zátěž členů rodiny.

Ve společném prohlášení občanů se zdravotním postižením, rodičů dětí se zdravotním postižením, zástupců církví, pracovníků neziskových organizací i představitelů státní správy, kteří se sešli ve dnech 14. - 15. listopadu 1996 na semináři o respitní péči pořádaném Nadací Dětský mozek, občanským sdružením SDMO a odborem péče o zdravotně postižené Ministerstva zdravotnictví ČR je respitní péče definována jako „péče o postižené, či dlouhodobě nemocné osoby, která dočasně zastupuje a doplňuje péči rodiny. Může být definována v domácnosti i mimo domov. Jde o síť sociálních služeb, které umožňují rodinám i postiženým zapojit se do

každodenního života, omezují jejich izolaci, umožňují získat čas k práci a relaxaci. Respitní péče respektuje právo jednotlivce, nebo rodiny na volbu způsobu a formy péče o své členy. Přitom vytváří systémové podmínky pro spoluúčast samosprávních komunit i státní správy na zabezpečení potřeb občanů s handicapem, nebo rodiny".

Odlehčovací služby by neměly být zaměňovány s domácí péčí, osobní asistencí a pečovatelskou službou.

- *Domácí péče* je domácí zdravotní péče, která je zvláštní formou ambulantní péče poskytovanou pacientovi na základě indikace ošetřujícím lékařem.
- *Osobní asistence* je komplex služeb, jejichž cílem je pomoci člověku se zdravotním postižením zvládnout prostřednictvím osobního asistenta ty úkoly, které by dělal sám, kdyby neměl postižení.
- *Pečovatelská služba* je komplex ambulantních služeb poskytovaných klientům, kteří si nejsou schopni zajistit bio-psycho-sociální potřeby v přirozeném sociálním prostředí. (Niklová, 2005)

Výše zmíněné služby (DP, OS, PS) se liší vymezením adresáta, kde se jím stává sám postižený, zatímco adresátem odlehčovací služby je rodinný pečovatel.

2.2 Historický vývoj odlehčovací služby

Odlehčovací služba je forma péče poměrně mladá. Její vznik je vázán na vývoj společnosti a zejména pak rodiny jako její základní jednotky. V minulosti byla rodina hlavní institucí, která pečovala o všechny, kteří pomoc potřebovali. Širší rodina žila většinou pospolu, a tak mohla fungovat vzájemná pomoc mezi generacemi, nebylo zapotřebí vyhledávat pomoc z vnějšku. V současné době již není zvykem, aby širší rodina žila společně, tím dochází k osamostatnění se, ale i k osamocení v náročných životních situacích. Péče o postiženého potomka tak často připadá pouze na jeho rodiče, v mnoha případech na matku, přičemž z otce se tak stává hlavní živitel rodiny. Východiskem z takové situace bylo umístění dítěte do ústavní péče. (Dvořáková, 1998)

Reakcí na tuto skutečnost bylo hnutí deinstitucionalizace zdravotní a sociální péče, na jehož základě se začala v 60. letech v USA a ve vyspělých státech Evropy

formovat respitní péče. Hnutí vystupovalo proti nedůstojnému životu v ústavech, vylučování nemocných občanů ze společnosti a zbavování je jejich občanských práv. Vyspělá veřejnost se dále shodovala na tom, že každý člověk má právo se rozhodnout, kde a jak bude žít, a je-li dítětem, má právo být ve své rodině. (Doušová, 1996)

Podkladem k úvahám o takovém způsobu péče se staly dvě myšlenky:

- „O člověka, který ke svému běžnému každodennímu životu potřebuje pomoc druhého, by se mělo (dovoluje-li to jeho zdravotní stav, tj. nepotřebuje-li akutní medicínskou péči) pečovat v jeho přirozeném prostředí, tj. v rodině, případně v jeho bytě. Vycházelo se z toho, že člověk se snáze vypořádá s tím druhem bezmocnosti, kterým dočasně trpí, pokud je ve svém přirozeném prostředí, kde je navyklý, kde jsou jeho blízcí a kde nemusí měnit své zaběhlé stereotypy, nemusí se navykat na nový způsob života, na nové lidi.
- O takového člověka a v případě, že zůstává v rodinném prostředí, pečuje nejčastěji jeho rodina, respektive některý z jejích členů na plný pracovní úvazek a takový člověk má nárok na odpočinek, na regeneraci sil, na zábavu. Není povinen se vzdát svých práv jen proto, že se rozhodl pomoci druhému. Jen člověk, který má možnost si odpočinout, udržovat své původní vztahy apod., je schopen pečovat o druhého bez újmy na straně své i druhého." (Kracíková, 2000)

V roce 1986 uznal americký kongres nezbytnost respitní péče a schválil „Prohlášení o dočasné péči o zdravotně handicapované a o péči v krizi". Repitní péči pak mohly postupně začít využívat i rodiny dalších vyspělých demokratických států v Evropě. (Dvořáková, 1998)

2.2.1 Vznik odlehčovací služby v ČR

V České republice se respitní péče začala formovat až počátkem 90. let, jednalo se o vzájemné vypomáhání si rodin s handicapovaným členem. Až rok 1996 ale přinesl pro oblast respitní péče určitý vývojový pokrok, jímž bylo uspořádání konference na téma respitní péče pod záštitou Ministerstva zdravotnictví ČR ve spolupráci s Nadací Dětský mozek a občanským sdružením Sdružení pro komplexní péči při dětské

mozkové obrně. Účastníci vystoupili proti předkládanému zákonu o sociálních službách, vytvořili a podepsali memorandum, které se týkalo zákonných norem a opatření vedoucích k důstojnému životu lidí, kteří potřebují pomoc a podporu. Na základě memoranda, které neslo název „Prohlášení účastníků konference o respitní péči - listopad 1996“, a na základě následné podpisové akce byl předkládaný návrh zákona zamítnut s tím, že se upraví některé jeho části a současně se bude zmiňovat pojem respitní péče v zákonné podobě. (Niklová, 2005)

Vývoji respitní péče po roce 1996 v ČR se ve své práci věnuje Buřičová (2008). Zmiňuje důležité události a dokumenty, které ovlivnily průběh formování respitní péče do její dnešní podoby odlehčovacích služeb:

- *Projekt „Domáci a respitní péče“* jako jeden z hlavních programů Nadace Dětský mozek v roce 1997. Při realizaci projektu byl kladen důraz na zásady, které se označují jako 3 E, což je etika, efektivita, ekonomika, a 3 R, čímž je míněn respekt, resilience a respitní péče.
- *Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením (Usnesení Vlády ČR č. 256/1998 ze 14. 4. 1998)*, kde je zmíněna respitní péče takto: „Stálá 24hodinová péče rodiny o jejího postiženého člena je natolik vyčerpávající, že nemožnost nikdy si od této péče odpočinout nebo jít například do nemocnice na léčení, vede rodinu k umístění postiženého do ústavu. Pokud budou mít rodiny nárok na určitý objem respitní péče, mnoho z nich se rozhodne nechat si postiženou osobu ve vlastní péči.“
- *Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006 - 2009 (Usnesení Vlády ze dne 17. 8. 2005)*, který hovoří o podpoře takových sociálních služeb pro občany se zdravotním postižením, které by jim umožnily setrvat v domácím prostředí, aby prevence proti jejich umístění v ústavech sociální péče (respitní péče, centra denních služeb, pečovatelská služba).
- *Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.*, který upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvků na péči. V tomto zákoně je

respitní péče vřazena do služeb sociální péče pod názvem odlehčovací služba.

3. Odlehčovací služba jako jedna z forem sociální pomoci

Sociální zabezpečení je považováno za podstatný nástroj, jímž se realizuje sociální politika každého státu, tedy i České republiky. Lze ho vymezit jako soubor zařízení a opatření, jejichž prostřednictvím se uskutečňuje předcházení následkům sociálních událostí občanů, jejich zmírňování a odstraňování. (Buřičová, 2008)

V České republice je systém sociálního zabezpečení uspořádán do tří hlavních oblastí:

- *sociální pojištění*, které spočívá v tom, že občan se musí povinně pojistit pro případ sociálních událostí;
- *státní sociální podpora*, která se zakládá na tom, že stát občanům poskytuje dávky v situacích, na které se nepojišťovali, ale pomoc z veřejných rozpočtů je spatřována jako žádoucí a nutná;
- *sociální pomoc*, jejímž cílem je zabezpečení základních životních potřeb občanů, kteří se nacházejí v nepříznivé sociální situaci a vlastním přičiněním si nejsou schopni tyto potřeby zabezpečit. Sociální pomoc je poskytována sociálními službami, dávkami sociální pomoci a sociálně právní ochranou. Odlehčovací služby jsou jednou z forem sociálních služeb, které jsou upraveny v Zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb. (Buřičová, 2008)

3.1 Odlehčovací služba z pohledu zákona o sociálních službách

V březnu roku 2006 byl schválen Zákon o sociálních službách, který byl vydán ve Sbírce zákonů pod číslem 108/2006. V úvodním ustanovení tohoto zákona jsou vytyčeny základní zásady poskytování sociálních služeb, jež zní:

„ Každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního Poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace² nebo jejího předcházení. Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí

² «Nepříznivou sociální situací se rozumí oslabení nebo ztráta schopností z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby
³ jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením. „ (Zákon 108/2006 Sb., § 3)

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

Matoušek (2007, s. 39) z těchto citovaných zásad vymezuje základní charakteristiky nového systému sociálních služeb:

- „Primární je poskytnutí relevantních informací osobě, která se ocitla v nepříznivé sociální situaci tak, aby ji pokud možno mohla řešit sama a vlastními silami.
- Teprve pokud tyto informace jako takové nestačí, nastupují sociální služby.
- Sociální služby mají být individualizované - přizpůsobené potřebám konkrétního jedince a na míru.
- Mají být především aktivační, podporovat samostatnost klientů a předcházet dalšímu trvání nepříznivé sociální situace.
- Kvalita poskytovaných služeb je dána přímo do souvislosti s dodržováním lidských práv a základních svobod a se zachováním důstojnosti člověka."

Z výše citovaného vyplývá, že sociální služby lze charakterizovat jako nástroje a způsoby, které pomáhají osobě řešit její nepříznivou situaci, ve které se ocitla. Svou činnost směřují tak, aby byla v maximální možné míře podporována samostatnost a chráněna důstojnost osoby. Hlavním cílem sociální služby je umožnit lidem, kteří se ocitli v nepříznivé životní situaci, vyhnout se sociálnímu vyloučení a žít ve svém sociálním prostředí.

3.1.1 Kategorizace sociálních služeb

Nabídka sociálních služeb se snaží reagovat na poptávku po těchto službách, která odráží charakter nepříznivé sociální situace, jež pomáhá řešit.

Sociální služby se podle nové právní úpravy dělí na :

- *Sociální poradenství*³
- *Služby sociální péče*
- *Služby sociální prevence*⁴

Služby sociální péče definuje zákon jako služby, které „napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy to vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení (Zákon 108/2006 Sb., §38).“

Zákon o sociálních službách upravuje čtrnáct druhů služeb sociální péče:

- *Osobní asistence* je terénní služba poskytovaná lidem se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.
- *Péčovatelská služba* je terénní ambulantní služba určená zejména lidem se zdravotním postižením, seniorům a případně i rodinám s dětmi. Služba zajišťuje pomoc při zvládnutí péče o vlastní osobu a o domácnost.

„Sociální poradenství zahrnuje základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství. Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Odborné sociální poradenství se zaměřuje na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, osoby se zdravotním postižením, oběti trestných činů a domácího násilí. Zahrnuje i práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností.“ (Zákon č. 108/2006 Sb., §37)

„Služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy Pro krizovou sociální situaci a životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.“ (Zákon č. 108/2006 Sb., §53)

Zákon upravuje tyto druhy služeb: Raná péče, Telefonní krizová pomoc, Tlumočnické služby, Azylové domy, Domy na půli cesty, Kontaktní centra, Krizová pomoc, Intervenční centra, Nízkoprahová denní centra, Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, Noclehárny, Služba následné péče, Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, Sociálně terapeutické dílny, Terapeutické komunity, Terénní programy, Sociální rehabilitace.

Tísňová péče je vymezena pro klienty ohrožené na zdraví či životě. Za pomoci telefonické nebo jiné elektronické komunikace je možné zprostředkovat okamžitou pomoc.

Průvodcovské a předčitatelské služby jsou terénní či ambulantní služby určené pro jedince s handicapem v oblasti orientace a komunikace.

Podpora samostatného bydlení je terénní služba zaměřená na posilování osobních schopností člověka samostatně bydlet.

Odlehčovací služby (viz. další kapitola).

Centra denních služeb. Jedná se o ambulantní službu pro osoby se sníženou soběstačností, jejichž cílem je zajištění pomoci s osobní hygienou, vyřízením osobních záležitostí, či nabídka sociálně terapeutických činností.

Denní stacionáře jsou ambulantní službou pro osoby se sníženou soběstačností. Zabezpečují komplexní péči a současně nabízejí výchovné, aktivizační a sociálně terapeutické programy.

Týdenní stacionáře jsou pobytovou službou pro osoby se sníženou soběstačností. Zabezpečují komplexní péči, výchovné, aktivizační a sociálně terapeutické programy.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením jsou pobytovou službou s celoročním provozem. Nabízejí komplexní péči, a to především lidem, kterým nelze z objektivních důvodů zabezpečit pomoc v jejich přirozeném prostředí.

Domovy pro seniory jsou pobytovou službou s celoročním provozem poskytující komplexní péči a další programy seniorům, kterým nelze zabezpečit pomoc v jejich přirozeném prostředí.

Domovy se zvláštním režimem mají obdobnou nabídku jako domovy pro seniory či osoby se zdravotním postižením. Služby jsou však přizpůsobeny potřebám umístěných osob. Důvodem umístění může být chronické duševní onemocnění, závislost na návykových látkách, různé typy demencí.

- *Chráněné bydlení* je moderním typem pobytové služby. Jedná se o individuální a skupinové bydlení osob se sníženou soběstačností za pomoci jiné fyzické osoby.
- *Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče* jsou pobytové služby poskytované osobám, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu se neobejdou bez pomoci jiné osoby a v současné chvíli jim není možné péči v domácnosti či v zařízení sociálních služeb zabezpečit. (Otázky, 2007)

Zákon, jak již z výše uvedeného vyplývá, obsahuje rovněž dělení forem, v jakých se tyto služby mohou vyskytovat.

- *Pobytové služby* - spojené s ubytováním v zařízení sociálních služeb.
- *Ambulantní služby* - rozumí se jimi služby, za kterými klient dochází.
- *Terénní služby* - jsou poskytovány v přirozeném sociálním prostředí uživatele. (Zákon č. 108/2006 Sb., §33)

3.1.2 Charakteristika odlehčovací služby podle zákona o sociálních službách

Odlehčovací služby se také mohou nazývat sdílené či respitní služby. Jedná se o různou kombinaci činností péče, které mají za cíl umožnit pečujícím osobám nezbytný odpočinek, tj. sdílí péči či na určitou dobu převezmou péči o člověka, který má sníženou soběstačnost. Obvykle je tato služba nabízena i v rámci jiných druhů služeb. (Otázky, 2007)

Zákon vymezuje odlehčovací služby jako 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. (Matoušek, 2007)

Základní činnosti při poskytování odlehčovacích služeb obsahuje vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Odlehčovací služby se zajišťují v rozsahu těchto úkonů:

- a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu:
1. pomoc a podpora při podávání jídla a pití,
 2. pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek,
 3. pomoc při přesunu na lůžko či vozík,
 4. pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru,
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:
1. pomoc při úkonech osobní hygieny,
 2. pomoc při základní péči o vlasy a nehty,
 3. pomoc při použití WC,
- c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy:
1. zajištění stravy přiměřené době poskytování služby a odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování,
 2. pomoc při přípravě stravy přiměřené době poskytování služby,
- d) poskytnutí ubytování, jde-li o pobytovou formu služby:
1. ubytování,
 2. úklid, praní a drobné opravy ložního a spodního prádla a ošacení, žehlení,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:
1. doprovázení do školy, školského zařízení, k lékaři, na zájmové a volnočasové aktivity, na orgány veřejné moci, instituce poskytující veřejné služby a jiné navazující sociální služby a doprovázení zpět,
 2. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob,
- f) sociálně terapeutické činnosti:

socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociální schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob,

g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:

1. pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů,
2. pomoc při vyřizování běžných záležitostí,

h) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:

1. nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností,
2. podpora při zajištění chodu domácnosti.

Odlehčovací služby, stejně jako zákonem citované sociální služby, lze poskytovat pouze na základě oprávnění k poskytování sociálních služeb, jež vzniká rozhodnutím o registraci vydaným příslušným krajským úřadem. Pro registraci je na poskytovatele kladena řada podmínek, z nichž některé zdánlivě nemají bezprostřední vliv na potřeby uživatele služby (např. identifikační údaje zřizovatele apod.), jiné mají naopak okamžitý dopad na kvalitu poskytované služby (např. personální zajištění služby, prostory pro poskytování služby apod.). I po udělení registrace je poskytovatel povinen dodržovat řadu povinností ve vztahu k uživatelům služeb. (Michalík, 2007)

Zákon o sociálních službách (č. 108/2006 Sb.) ukládá poskytovatelům zejména následující povinnosti:

- Před započítáním poskytování služby uzavřít pojistnou smlouvu pro případ odpovědnosti za škodu způsobenou při poskytování sociálních služeb.
- Zajišťovat dostupnost informací o druhu, místě, cílech, okruhu osob, jimž se poskytují sociální služby, o kapacitě poskytovaných sociálních služeb a o způsobu poskytování sociálních služeb, a to způsobem srozumitelným pro všechny osoby.

- Informovat zájemce o sociální službu o všech povinnostech, které by pro něho vyplývaly ze smlouvy o poskytování sociálních služeb, a o úhradách za tyto služby, a to způsobem pro něj srozumitelným.
- Vytvořit při poskytování služeb takové podmínky, které umožní osobám, jimž se poskytují sociální služby, naplňovat jejich lidská i občanská práva, podmínky, které zamezí střetům zájmů těchto osob se zájmy poskytovatele sociální služby.
- Zpracovat vnitřní pravidla zajištění poskytované sociální služby, a to ve formě srozumitelné pro všechny osoby.
- Zpracovat vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob, kterým se poskytují sociální služby, na úroveň služeb, a to ve formě srozumitelné pro všechny osoby.
- Plánovat průběh poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob, kterým se poskytují sociální služby, vést písemné individuální záznamy o průběhu poskytování sociální služby a hodnotit průběh poskytování sociální služby za účasti těchto osob, je-li to možné s ohledem na jejich zdravotní stav a druh poskytované sociální služby, nebo za účasti jejich zákonných zástupců.
- Vést evidenci žadatelů o sociální službu, se kterými nebylo možné ze zákonných důvodů uzavřít smlouvu o poskytnutí sociální služby.
- Dodržovat standardy kvality sociálních služeb.
- Uzavřít s žadatelem smlouvu o poskytnutí sociální služby. (Otázky, 2007)

O poskytnutí sociálních služeb se uzavírá mezi poskytovatelem a uživatelem smlouva. Poskytování těchto služeb je tedy založeno na smluvním principu. Osoby, jimž jsou služby určeny, se tak stávají účastníky sjednání podmínek poskytování služby Podle svých individuálních potřeb. Zákon stanovuje povinné náležitosti smlouvy, která musí být v případě **odlehčovacích** služeb uzavírána v písemné formě. Každá smlouva musí vždy obsahovat následující náležitosti:

- označení smluvních stran

- druh sociální služby
- rozsah poskytované sociální služby⁵
- místo a čas poskytování sociální služby
- výši úhrady za sociální služby a způsob jejího placení
- ujednání o dodržování vnitřních pravidel stanovených poskytovatelem pro poskytování sociálních služeb
- výpovědní důvody a výpovědní lhůty
- dobu platnosti smlouvy (Zákon č. 108/2006 Sb., díl 3)

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádění některá ustanovení zákona o sociálních službách, stanovuje v §10 i maximální výši úhrady za poskytování některých sociálních služeb. U odlehčovacích služeb stanovuje maximální částku:

- a) 100,- Kč za hodinu, podle skutečně spotřebovaného času nezbytného k zajištění pomoci při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoci při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při přípravě stravy, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- b) 150,— Kč při zajištění celodenní stravy v rozsahu minimálně 3 hlavních jídel,
- c) 75,- Kč za zajištění oběda,
- d) 180,— Kč denně za poskytnutí ubytování, jde-li o pobytovou formu služby.

3-2 Zajišťování kvality sociálních služeb

Kvalita nabízených sociálních služeb je zajišťována plněním standardů kvality sociálních služeb, jež jsou souborem kritérií, jejichž prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytovaných sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a žadatelem. Ze

⁵e nutné uvést všechny základní činnosti, které služba obsahuje. (Hutař; Krása, 2006)

standardů vyplývá, že důležitým znakem kvality sociálních služeb je orientace na konkrétní osobní cíle jejich uživatelů. (Otázky, 2007)

Standardy jsou seskupeny do 15 kategorií, které se skládají z několika kritérií, o nichž se předpokládá, že ovlivňují schopnost služeb naplnit zájmy a potřeby uživatelů i zadavatelů.

Obsah standardů kvality sociálních služeb je zaměřen na tyto oblasti:

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

Plné znění standardů kvality sociálních služeb, jak jsou uvedené v příloze č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb., je součástí této práce. (Příloha 1)

Jako nástroj k zajištění kvality sociálních služeb a ke kontrole práv uživatelů sociálních služeb slouží Inspekce poskytování sociálních služeb. Měřítkem jí jsou právě zmiňované standardy sociálních služeb, jež bodově hodnotí. Pokud služba nenaplnuje

některý ze standardů, který je uváděn jako zásadní, nesplňuje požadovanou kvalitu a inspekci neprojde. (Krutilová; Čámský, Sembdner)

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

Inspekce hodnotí plnění podmínek stanovených pro registraci poskytovatelů sociálních služeb, plnění povinností poskytovatelů sociálních služeb a kvalitu sociálních služeb. Poskytovatelé sociálních služeb se mohou setkat se třemi typy inspekci:

- Inspekce typu A, která kontroluje celkovou úroveň poskytované sociální služby.
- Inspekce typu B, která kontroluje naplnění opatření na základě zjištění při inspekci typu A.
- Inspekce typu C, jejímž předmětem je prověření podnětu nebo stížností na poskytovatele.

Veškerá zjištění inspekčního týmu jsou zpracována do inspekční zprávy. (Krutilová; Čámský, Sembdner)

4. Hlavní subjekty odlehčovací služby

Existence odlehčovacích služeb podléhá, stejně jako jiný druh služby či zboží, nabídce a poptávce. Poptávka je zde představována rodiči či jinými blízkými osobami v roli rodinného pečovatele. Nabídku lze chápat jako pomoc ze strany poskytovatele služby, tedy pracovníků odlehčovacích služeb.

4.1 Rodinný pečovatel

Rodinným pečovatelem (nebo také primárním či laickým pečovatelem) rozumíme rodinného příslušníka. Pomáhá nemocnému či zdravotně postiženému člověku, se kterým je většinou v příbuzenském vztahu, k uspokojování tělesných, psychických a sociálních potřeb. Zpravidla to bývá jedna osoba, která se výhradně pro péči rozhodla a přizpůsobila jí i styl svého dosavadního života (např. snížením pracovního úvazku či úplným zanecháním zaměstnání, omezením zájmů a volnočasových aktivit, zúžením přátelských aktivit). To vše se děje z důvodů náročnosti péče poskytované v domácím prostředí. (Šafránková, 2004)

Jak bylo již v prvních kapitolách této práce zmíněno, role rodinného pečovatele je velice náročná a vyčerpávající. Je proto důležité, aby si společnost uvědomovala její nelehkou úlohu a následně věnovala pozornost i těmto pečujícím osobám. Je totiž zřejmé, že kvalita života člověka s postižením souvisí s kvalitou a do určité míry je závislá na kvalitě života rodinného pečovatele.

Odlehčovací služby jsou primárně adresované právě osobě pečující, osoby s postižením se tak stávají až sekundární cílovou skupinou.

Dlouhodobé, celodenní a vysoce psychicky náročné pečování představuje pro rodinného pečovatele vysokou zátěž. Pečovatel je ohrožen zhoršením rodinných vztahů, ztrátou přátel, omezením společenských styků až sociální izolací, může trpět zdravotními problémy a mnohdy i složitou ekonomickou situací. Přes všechna negativa přináší pečování mnoho pozitivních prožitků, jako je například prohloubení vzájemné vazby mezi pečovatelem a pečovaným, pocit sounáležitosti a společné sdílení. (Tošnerová, 2001)

Americká národní asociace rodinných pečovatelů se ve svém výzkumu z roku 1994 snažila nalézt společný článek pro všechny pečovatele, aby mohla co možná nejvýstižněji definovat rodinného pečovatele. Zjistila, že společným prvkem pečovatelské péče je emocionální dopad. Ten může být zapříčiněn hlubokým smutkem „ze ztráty zázraku normality“, izolací způsobenou životem mimo normu, kdy se každodenní činnosti, jako je například oblékání, chůze, hygiena stává centrem pozornosti a soustředění, a v neposlední řadě depresí a stresem, který je pociťován, protože není dost volného nebo osobního času. Asociace však zmiňuje ještě jeden společný prvek, kterým je vnitřní síla, o které většina pečovatelů nikdy nevěděla, že ji má, je to statečnost pokračovat nehledě na bolest. (Tošnerová, 2001)

4.2 Vedoucí odlehčovací služby

Vedoucí (koordinátor) odlehčovací služby obstarává organizaci a provoz služby. Tuto funkci často vykonávají středoškolští či vysokoškolští sociální pracovníci, absolventi vysokoškolského či doplňkového vzdělání speciální či sociální pedagogiky a jiné osoby se vzděláním v oblasti humanitních věd. (Buřičová, 2008)

Při popisu náplně práce vedoucího odlehčovací služby stejně jako při popisu funkcí dalších pracovníků vycházím ze zkušeností P. Šafránkové (2004), která realizovala projekt respite péče v České Alzheimerovské společnosti, a E. Kosátkové, která má zkušenosti s vedením odlehčovací služby v Klubu Hornomlýnská (Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí).

Náplň práce vedoucího odlehčovací služby lze rozdělit do tří hlavních oblastí:

1) organizace a provoz odlehčovací služby:

- odpovědnost za kvalitu a kvantitu práce jednotlivých podřízených pracovníků,
- odpovědnost za realizaci služby po odborné a provozní stránce podle aktuální metodiky služby a odpovědnost za její chod,
- pravidelné porady se sociálním pracovníkem, ekonomem a výkonným ředitelem organizace,

- tvorba, naplňování a vyhodnocování standardů kvality služeb,
- grantová agenda odlehčovací služby (monitoring vyhlášených grantových řízení, psaní žádostí o granty, zpracování průběžných a závěrečných zpráv projektu služby, komunikace s dárci),
- studium legislativy a dalších souvisejících materiálů a předávání aktuálních informací dalším členům týmu,
- spolupráce s jinými typy služeb pro rodinné pečovatele (distribuce informací, nabídka kontaktů aj.),
- propagace odlehčovací služby (aktualizace údajů na internetových stránkách a na letácích a jejich distribuce, komunikace s médii),
- řešení možných problémů a stížností všech zúčastněných osob,

2) spolupráce s asistentem odlehčovací služby:

- vyhledávání a kontaktování potenciálních asistentů,
- účast na výběrovém řízení asistentů, příprava a podpis pracovní smlouvy,
- seznamování nových asistentů se stanovami, organizační strukturou, s náplní jejich práce,
- komunikace se stávajícími asistenty o řešení problémů a aktuálních situací apod., individuální konzultace s asistenty, zajišťování individuální či týmové supervize,
- dohled nad vzděláváním asistentů, distribuce informací o nových vzdělávacích možnostech,
- vedení dokumentace týkající se asistenta

3) spolupráce s rodinným pečovatelem a osobou, o niž pečuje:

- depistáž rodin potřebujících odlehčovací služby,
- konzultace a seznámení s nabídkou služeb,
- přijímání a vyřizování žádostí o poskytování služeb,

- odpovědnost za uzavření smlouvy o poskytování odlehčovací služby s uživateli a za další potřebné dokumenty vztahující se k poskytování odlehčovací služby,
- konzultace a poradenství rodinným pečovatelům,
- zapojení rodinných pečovatelů při plánování služeb.

4.3 Pracovník v sociálních službách

V této práci dosud užívaný pojem asistent odlehčovací služby není oficiálním termínem. Přestože je možné setkávat se s tímto či jiným termínem (např. odborný asistent), Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. pojímá osobu vykonávající odlehčovací péči jako pracovníka v sociálních službách.

Zákon o sociálních službách (§116) charakterizuje pracovníka v sociálních službách jako toho, kdo vykonává:

- a) „přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v nácvičku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, v manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, v udržování čistoty a osobní hygieny, v podpoře soběstačnosti, posilování životní aktivizace, ve vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb,
- b) základní výchovnou nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, v působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, v provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, v zabezpečování zájmové a kulturní činnosti a v provádění osobní asistence,
- c) pečovatelskou činnost v domácnosti osoby spočívající ve vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, v komplexní péči o jejich domácnost, zajišťování sociální pomoci, provádění sociálních depistáží pod vedením sociálního pracovníka, v poskytování

pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a v psychické aktivizaci, v organizačním zabezpečování a komplexním koordinování pečovatelské činnosti,

- d) pod dohledem sociálního pracovníka činnosti při základním sociálním poradenství, depistážní činnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, činnosti při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, činnosti při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí."

Předpokladem pro výkon povolání pracovníka v sociálních službách je způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní a odborná způsobilost. (Zákon 108/2006 Sb., § 110) Pracovník v sociálních službách může vykonávat pouze takovou činnost, které odpovídá rozsah jeho odborné způsobilosti. Odbornou způsobilost získá:

- a) „pro výkon činnosti uvedené pod písmenem a) výše uvedeného textu základním vzděláním nebo středním vzděláním a absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu; absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu se nevyžaduje u fyzických osob, které získaly podle zvláštního právního předpisu způsobilost k výkonu zdravotnického povolání v oboru ošetřovatel, u fyzických osob, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka, a u fyzických osob, které získaly střední vzdělání s maturitní zkouškou v oboru vzdělání stanoveném prováděcím právním předpisem,
- b) pro výkon činnosti uvedené pod písmenem b) středním vzděláním s výučním listem nebo středním vzděláním s maturitní zkouškou a absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu; absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu se nevyžaduje u fyzických osob, které získaly podle zvláštního právního předpisu způsobilost k výkonu zdravotnického povolání ergoterapeut, u fyzických osob, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka, a u fyzických osob, které získaly střední vzdělání s maturitní zkouškou v oboru vzdělání stanoveném prováděcím právním předpisem,

- c) pro výkon činnosti uvedené pod písmenem c) základním vzděláním, středním vzděláním, středním vzděláním s výučním listem, středním vzděláním s maturitou nebo vyšším odborným vzděláním a absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu; absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu se nevyžaduje u fyzických osob, které získaly podle zvláštního právního předpisu způsobilost k výkonu zdravotnického povolání v oboru ošetrovatel, u fyzických osob, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka, a u fyzických osob, které získaly střední vzdělání s maturitní zkouškou v oboru vzdělání stanoveném prováděcím právním předpisem,
- d) pro výkon činnosti uvedené pod písmenem d) základním vzděláním, středním vzděláním, středním vzděláním s výučním listem, středním vzděláním s maturitou nebo vyšším odborným vzděláním a absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu; absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu se nevyžaduje u fyzických osob, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka". (Zákon 108/2006 Sb., § 116)."

Kromě zákonných požadavků na pracovníka v sociálních službách je možné u nich vyhledávat i osobnostní předpoklady pro výkon této profese. Šafránková (2004) uvádí zejména:

- osobnostní zralost
- schopnost porozumění
- **schopnost poskytovat podporu**
- schopnost empatie
- citová stabilita
- odborná úroveň
- životní optimismus

Pokud pracovník v sociálních službách - asistent odlehčovací služby - má tyto zmíněné kvality, zvyšuje se tak úroveň přístupu ke klientovi. Protože jen zralý člověk

dokáže respektovat hranice autonomní oblasti druhého člověka. Je důležité, aby uměl klientovi naslouchat, pochopil jeho postoj, případně ho podpořil a dopomohl mu pochopit jeho situaci a porozumět jí. (Šafránková, 2004)

Přes všechny zmíněné atributy se může vztah ke klientovi či profesi změnit, případně může dojít až k syndromu vyhoření⁶. Aby se těmto problémovým situacím předcházelo, je důležité, aby pracovníkům bylo umožněno účastnit se supervizních setkání. (Šafránková, 2004)

Supervizní setkání jsou jednou z doporučovaných činností oblasti profesního rozvoje pracovníků standardů kvality sociálních služeb. Zde je charakterizováno jako podpora nezávislého kvalifikovaného odborníka pro zaměstnance, kteří vykonávají přímou péči s osobami, kterým je poskytována sociální služba. (Vyhláška č. 505/2006 Sb., příloha 2) Krutilová a kol. spatřují význam podpory externích pracovníků zejména v přínosu vzhledu, větší profesionalizaci, v emoční podpoře pracovníků a předcházení případnému porušování práv uživatelů. Dalším pozitivním dopadem supervize je možnost práce s celým týmem a předcházení případným konfliktům a projevům nespokojenosti. (Krutilová; Čámský, Sembdner)

4.4 Sociální pracovník odlehčovací služby

Sociální pracovník se podobně jako vedoucí odlehčovací služby podílí na zajišťování všech tří oblastí působení:

1) organizace a provoz odlehčovací služby:

- monitoring odlehčovací služby a aktualizace jejích dokumentů (přehled zaměstnaných asistentů, probíhající asistence, přehled počtu uživatelů a počtu hodin poskytnuté služby, přehled telefonických a osobních jednání s rodiči),
- zakládání a kompletace tištěných materiálů o klientech,

⁶ Syndrom vyhoření = burnout efekt z anglického *burnout*. Východně znamená vyčerpání fyzických a psychických zdrojů. Východně znamená vyčerpání fyzických a psychických zdrojů.

⁷⁷ «ráta zájmu o práci, eroze profesních postojů k práci se projevuje v pomáhajících profesích. Značný podíl na tomto je v učitelské profesi»

^a Administrativní zásahy, které rušivě ovlivňují pracovní výkon a profesní růst apod. (Křesťan, 2008)

Průcha; Walterová; Mareš, 2008)

- tvorba, naplňování a vyhodnocování standardů kvality služeb,
 - vedení dokumentace (docházka uživatelů služeb, deník uživatele služeb, záznamy o úrazu aj.),
- 2) spolupráce s asistentem odlehčovací služby:
- zajištění vyškolení nových asistentů,
 - vyjádření se ke kvalitě práce nových pracovníků,
 - individuální konzultace s asistenty,
 - odpovědnost za průběh služby a vedení týmu asistentů,
- 3) spolupráce s rodinným pečovatelem a osobou, o niž pečuje:
- kontaktování rodin, u nichž začíná či probíhá služba,
 - řešení problémů, které se týkají uživatelských rodin v rámci probíhající služby,
 - mapování potřeb zájemců o službu, zpracování sociální anamnézy uživatele, seznámení se se zdravotním stavem a specifickými potřebami dítěte.

Na koordinaci a zajištění odlehčovací služby se mohou též podílet zdravotničtí Pracovníci (všeobecná sestra, ošetřovatel, fyzioterapeut, ergoterapeut, zdravotně-sociální pracovník), pedagogičtí pracovníci (vychovatel, speciální pedagog) a další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby. (Buřičová, 2008)

4.5 Profesionální etika

Kvalita nabízených sociálních služeb vychází ze schopnosti etického jednání a ochoty k němu ze strany poskytovatele. Sociální práce je založena na hodnotách demokracie, lidských práv a sociální spravedlnosti. Mezinárodní etický kodex sociální Práce charakterizuje tyto základní principy takto:

- 1) „Lidská práva a lidská důstojnost - Sociální práce je založena na respektu k hodnotě a důstojnosti všech lidí a na právech lidí, která z toho vyplývají.

To znamená: respektovat právo na sebeurčení, provádění vlastních výběrů a rozhodnutí; podporovat právo na participaci; jednat s každým člověkem jako s celostní bytostí; identifikovat a rozvíjet silné stránky jednotlivců, skupin a komunit.

- 2) Sociální spravedlnost - Podporovat sociální spravedlnost ve vztahu ke společnosti i ve vztahu ke klientovi. To znamená: čelit negativní diskriminaci; rozpoznat a respektovat etnickou a kulturní rozdílnost ve společnosti; spravedlivě distribuovat zdroje; čelit nespravedlivé politice a praktikám; pracovat na základě solidarity."⁷

Obecná i konkrétní pravidla práce v zařízeních poskytujících sociální služby upravují etické kodexy, které se zpravidla věnují tématům respektování jedinečné hodnoty a důstojnosti každé lidské bytosti, podpoře sebeurčení klienta, podpoře sociální spravedlnosti a profesní integrity. (Matoušek, 2003)

V květnu 2005 vydala Společnost sociálních pracovníků Etický kodex sociální práce v ČR, na němž spolu s dalšími významnými dokumenty (Charta lidských práv Spojených národů, Úmluva o právech dítěte, Listina základních práv a svobod, Zákon o sociálních službách, Všeobecná deklarace lidských práv a svobod) případně zakládají své etické kodexy zařízení poskytující sociální služby.

Přínos etického kodexu lze spatřovat především v tom, že :

- zabezpečuje vedení a inspiraci pracovníků, je průvodcem etické praxe,
- slouží jako regulace v oblasti profesního chování, chrání klienty před zneužitím úřední moci a zanedbáním péče,
- je podkladem pro posuzování stížností a kritériem pro hodnocení aktuální praxe z hlediska hodnot,
- zdůrazňuje status profese v komunitě a širší společnosti,
- udržuje identitu profese". (Matoušek, 2003, s. 42)

V pomáhajících profesích má prvořadý význam kvalita lidského vztahu, který vzniká mezi osobou poskytující sociální službu a jeho klientem. (Miler, 2005)

V odlehčovacích službách vzniká na všech profesních úrovních, zejména pak mezi asistenty odlehčovací služby a osobami jim svěřenými.

5. Problematika péče o osoby s mentálním postižením v zařízení odlehčovací služby

Mentální postižení je ve většině definic charakterizováno jako trvalé snížení rozumových schopností, kdy dochází k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování. (Švarcová, 2006) Postižené oblasti adaptivního chování jsou komunikace, sebeobsluha, bydlení, vzájemné vztahy, využívání komunitních zdrojů, rozhodování, zdraví a bezpečnost, vzdělávání, volný čas a zaměstnávání. (Lednická, 2004)

5.1 Vnitřní svět osob s mentálním postižením

Kvalitní péče o tyto osoby by měla posilovat rozvoj jejich osobnosti, čehož lze dosáhnout pochopením vnitřního světa klientů s mentálním postižením. (Miler, 2005) Landischová ve svém příspěvku pro časopis Speciální pedagogika hovoří o přirozeném světě člověka jako o subjektivním způsobu vnímání sebe sama a okolního světa. Tento způsob myšlení je vlastní člověku bez mentálního postižení i s ním. Porozumění přirozenému světu druhého člověka však nepředstavuje pouze empatické prožívání klientovy situace, jelikož empatie představuje emocionálně zabarvené vcítění se do prožitku druhého, často ovlivněné vlastní zkušeností. Pro pochopení přirozeného světa je zásadní nepředstavovat si pocity klienta ve své mysli, ale pouze je pozorovat, což pozorovateli umožní racionální náhled a objektivní hodnocení situace. Pozorování člověka s mentálním postižením přináší cenné poznatky pro poskytování adekvátní Podpory. (Landischová, 2004) Vhodným nástrojem pro takové uchopení poskytovaných služeb jsou individuálně zaměřené služby.

5.2 Individuální plánování poskytovaných služeb

Podstatnou oblastí při poskytování služeb je zjišťování individuálních potřeb lidí s mentálním postižením a stanovení optimální podpory. Pro rozsah péče by neměly být rozhodující pouze tzv. objektivně zjištěné skutečnosti (např. stupeň postižení), ale hlavním východiskem by se mělo stát to, co považují za důležité a potřebné samotní

jednotliví klienti s mentálním postižením. Smysluplná pomoc umožňuje druhému realizovat se a rozhodovat o svém životě. (Miler, 2005)

Individuální plánování průběhu sociální služby je nástroj, jehož smyslem je v co největší míře přizpůsobit poskytovanou službu uživateli, jeho podmínkám, požadavkům a osobním cílům. „Individuální plánování musí být transparentní, musí citlivě reagovat na potřeby uživatele a musí být také společně s uživatelem koncipováno a průběžně kontrolováno. Protože se jedná o samotný průběh a způsob poskytované služby vůči konkrétnímu uživateli, je nezbytné, aby důsledně sledovalo nejen samotnou kvalitu poskytované služby, naplnění osobního cíle uživatele, ale respektovalo i všechna jeho práva.“ (Krutilová; Čámský; Sembdner, s. 50)

V příloze č. 2 k vyhlášce č. 505/2006 Sb. jsou kritéria individuálního plánování shrnuta ve standardu č. 5 - Individuální plánování průběhu sociální služby.

- a) „Poskytovatel má písemně zpracovaná vnitřní pravidla podle druhů a poslání sociální služby, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.
- b) Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby.
- c) Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda jsou naplňovány její osobní cíle.
- d) Poskytovatel má pro postup podle písmene b) a c) pro každou osobu určeného zaměstnance.
- e) Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám.“ (Vyhláška č. 505/2006 Sb., příloha č. 2)

Individuální plánování podporuje co nejběžnější způsob života klienta tím, že vychází z jeho skutečných potřeb a osobních cílů, z jeho schopností a možností. Podmínky, jež musí správně formulované cíle splňovat, lze shrnout do výčtu těchto vlastností: realističnost, konkrétnost, významnost pro uživatele, dosažitelnost, vyhodnotitelnost a přiměřenost. (Krutilová; Čámský; Sembdner)

Kromě osobních cílů obsahuje plán i konkrétní kroky směřující k jejich naplnění a aktuální informace o průběhu poskytované služby. Při tvorbě individuálního plánu se sledují tři základní oblasti:

- hodnocení samostatnosti klienta, jeho potřeby
- přání, představy a záliby klienta
- stanovení cílů, jichž chce klient dosáhnout. (Miler, 2005)

Individuální plánování v odlehčovacích službách pro děti s mentálním postižením je specifické zejména v zapojení rodičů nezletilých dětí do tohoto procesu. To je nutné především z toho důvodu, že zákonní zástupci (popř. opatrovníci či pěstouni) rozhodují o průběhu poskytované služby a většina dětí je natolik postižena, že je u nich omezena schopnost vyjádřit svůj názor a stanovisko k poskytovaným službám. Pozornost je pak směřována na reakce (verbální či neverbální projevy libosti a nelibosti, spokojenosti a nespokojenosti) těchto dětí. Do procesu individuálního plánování jsou zapojeni:

- klíčový pracovník, který nese odpovědnost za plánování a průběh poskytované služby,
- dítě s mentálním postižením a jeho rodiče,
- asistenti odlehčovací služby, kteří zajišťují aktivity vedoucí k naplnění cílů,
- další odborníci z navazujících služeb zapojených do řešení situace klienta.⁸

Individuální plánování vyžaduje aktivní účast uživatele. To se může zdát zvláště obtížné, pokud klient z různých důvodů nekomunikuje běžnými způsoby komunikace. Krutilová a kol. uvádějí metody, které je možné využít pro navázání kontaktu a komunikace s uživateli:

- **augmentativní** a alternativní komunikace
- bazální stimulace

⁸Při tvorbě tohoto odstavce jsem vycházela z konzultací s Mgr. E. Kosatkovou, vedoucí odlehčovací služby Klubu Hornomlýnská.

- preterapie⁹
- validace¹⁰
- videotrénink interakcí.¹¹

Pro vytvoření hypotézy o potřebách uživatele je možné vycházet z technik:

- pozorování uživatele
- empatická fantazie (vžití se do role uživatele, pokus představit si jeho reálnou situaci a potřeby z ní vyplývající)
- imaginativní rozhovor (pokus o představení si uživatelských odpovědí)
- analýza uspokojování potřeb (rozvažování o uspokojování jednotlivých potřeb klienta)
- rozhovor s referujícími osobami a studium dokumentace (zdrojem podnětů mohou být i informace od dalších osob, které jsou či byly v kontaktu s klientem, stejně tak dokumenty z různých vyšetření, dokumenty obsahující informace o životním příběhu uživatele, o důležitých okolnostech jeho života)

Všechny výše zmíněné metody včetně jejich výstupů by měly být diskutovány v pracovním týmu, čímž se předejde případné projekci (promítání vlastního prožívání a vlastních potřeb do uživatele). Kvalitní poskytování sociálních služeb by nemělo být

⁹

Preterapie (Pre-therapy) = „Forma odborné pomoci posilující základní schopnosti a dovednosti klientů (například vnímat, komunikovat, pohybovat se). Preterapie může předcházet i terapii, ale může být poskytována i bez vyhlídky na pokračování. Pro poskytování preterapie je nutný speciální výcvik personálu.“

(Matoušek, 2008, s. 154).

Validace (Validation) = „Proces vstupování do klientova světa, při němž by terapeut měl podpořit vše, co pro klienta může mít hodnotu či smysl. Takto se dá najít směr i při práci s lidmi extrémně handicapovanými (například trpícími autismem, schizofrenií, těžkou mentální retardací, demencí).

Validace je například pozorování klienta při sledování televize a komentování toho, čím je klient zauj.“

(Matoušek, 2008, s. 242).

Videotrénink interakcí (Videotraining of interactions) = „Metoda podpor rodiny (nebo jiné skupiny) užívaná při řešení chronických problémů. Vznikla v 70. letech 20.století v Nizozemsku a spočívá v pořizování videonahrávek interakce, z nichž jsou před promítnutím odstraněny všechny jiné pasáže a ponechány jen ty, ve kterých se skupině nebo rodině daří problém řešit. Opakování tohoto postupu přesvědčuje členy rodiny (skupiny) o tom, že mají kompetenci potřebnou k řešení problémů a tato kompetence je posilována.“ (Matoušek, 2008, s. 244).

vázáno na to, zda a jakým způsobem klient komunikuje, nebo nekomunikuje. (Krutilová; Čámský; Sembdner)

5.3 Zvláštnosti průběhu poskytování odlehčovací služby dětem s mentálním postižením

Průběh poskytování odlehčovacích služeb se vždy řídí požadavky a možnostmi každého klienta. Před samotným zahájením poskytování služby by se měl poskytovatel od uživatele služby (rodiče) dozvědět co nejvíce informací, které mohou či zákonitě budou ovlivňovat průběh poskytování služby. Jedná se například o informace z oblasti komunikace, zvládání osobní péče, sociální dovednosti, zdravotního stavu, možných komplikací, medikace aj. Cílem tohoto procesu, ať už je realizován formou rozhovoru či dotazníku, je zjistit maximum informací o klientovi, aby služba skutečně vycházela z jeho potřeb a potenciálu a zároveň se předešlo nečekaným stavům, se kterými by si pracovníci přímé péče nemuseli vždy dokázat poradit.

Konkrétně lze jmenovat například tyto sledované oblasti:

- aktivity, které dítě rádo/nerado provádí
- verbální i neverbální projevy spokojenosti či radosti/nespokojenosti či smutku
- nepříjemné činnosti, kterým je lépe se vyhnout
- verbální i neverbální projevy bolesti
- krizové situace, co je může vyvolat, postup řešení situace
- konkrétní pomoc v oblasti sebeobsluhy
- samostatnost/míra podpory při podávání stravy
- jídelní a pitný režim (co a jak často podávat)
- specifika stravování (příjem stravy sondou, alergie, obvyklé polohy při jídle, kompenzační pomůcky, dieta aj.)
- podávání léků
- míra podpory při hygieně

- způsob vyprazdňování a míra podpory v této oblasti
- pohybová omezení, kompenzační pomůcky, míra podpory
- další oblasti sebeobsluhy, např. oblékání aj.
- rozvojové cíle a doporučení, jakým způsobem či prostředky je možné rozvoje schopností a dovedností dosáhnout
- další zařízení či služby specialistů, které dítě ještě využívá
- atd.¹²

Zvýšenou pozornost je nutné věnovat i prvnímu setkání dítěte s poskytovanou službou. Je vhodné přizpůsobit její průběh tak, aby dítě získalo co největší pocit bezpečí a jistoty, který je ohrožen ponecháním dítěte s cizími osobami a v případě ambulantních a pobytových forem služby i v cizím prostředí. Z tohoto důvodu je vhodné, aby si rodič zajistil dostatečný čas, který tráví zpočátku spolu s dítětem v zařízení, a tím mu poskytl prostor pro postupné seznámení s prostředím a získání důvěry k osobám v něm.

¹² Při zpracování tohoto odstavce jsem vycházela z konzultací s Mgr. E. Košatkovou, vedoucí odlehčovací služby Klubu Hornomlýnská.

6. Metodologická východiska

V předcházejících kapitolách diplomové práce jsem se věnovala životní situaci rodičů dítěte s mentálním postižením a problematice odlehčovacích služeb jako jedné z forem sociální pomoci těmto rodinám.

Abych naplnila cíl své práce, v metodologické části se zaměřím na zmapování situace a zkušeností samotných poskytovatelů odlehčovacích služeb. Nejprve přiblížím metodický postup, to znamená, že vymezím cíle svého šetření, popíši použité metody, techniku sběru dat a zpracování informací. Seznámím s přínosem předvýzkumu a charakterizuji cílový soubor respondentů, kterému předložím dotazník sestavený na základě dílčích otázek šetření.

6.1 Cíl a dílčí otázky šetření

Cílem mého šetření je charakterizovat některé zjevů, které mohou působit na kvalitu poskytovaných služeb, a zjistit jejich zastoupení u oslovených poskytovatelů. Konkrétně se zaměřím zejména na pracovníky, kteří poskytují přímou péči, rozsah nabízených služeb, spolupráci s laickou i odbornou veřejností a vytížení služby. Dále se pokusím získat postoje samotných poskytovatelů k vybraným aspektům ovlivňujícím podmínky poskytování odlehčovací služby.

Přínos šetření shledávám v popsání současné situace v odlehčovacích službách. Pokusím se vytěžit údaje, které by vypovídaly o možnostech ovlivňování kvality nabízených služeb, zjišťovaly faktory působící ve prospěch i neprospěch kvality poskytovaných služeb, přičemž samotné posouzení některých z nich přenechám samotným poskytovatelům, jejichž tvrzení si dovolím pouze analyzovat.. Ráda bych tak přispěla do problematiky odlehčovacích služeb, jejichž cílovou skupinou jsou děti s mentálním postižením.

Dílčí otázky šetření jsem formulovala následovně:

1. Jakým klientům jsou v daném zařízení poskytovány odlehčovací služby?
2. Jaké sociální služby jsou v daném zařízení klientům poskytovány?

3. Jaký je rozsah poskytovaných služeb a jak se jeví jejich kvalita z pohledu poskytovatele?
4. Jaký je poměr mezi počtem klientů odlehčovací služby a pracovníků přímé péče?
5. Na kolik je uspokojována poptávka po odlehčovacích službách?
6. Jak se rodina klienta spoluúčastní na chodu odlehčovací služby?
7. Jaký je zájem o spolupráci s dalšími odborníky ze strany odlehčovací služby?
8. Jaký přínos spatřují poskytovatelé odlehčovacích služeb v Zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb.?
9. Jaké oblasti poskytování odlehčovacích služeb jsou samotnými poskytovateli vnímány jako nejproblematičtější?

6.2 Volba výzkumné metody a nástroje šetření

Vzhledem k cílům své práce jsem za nejvhodnější nástroj pro zamýšlené šetření zvolila výzkumnou techniku dotazníku.

Výzkumná technika je podle Pelikána (2007, s. 96) „dílčím operačním nástrojem, který cíleně realizuje strategický záměr vymezený zvolenou metodou. Můžeme ji tedy považovat za dílčí, přesně limitované, konkretizované použití odpovídající metody." Dotazník můžeme tedy chápat jako nástroj naplnění výzkumné metody. Přičemž Pelikán (2007, s. 95) definuje výzkumnou metodu jako „obecný metodologický nástroj k získání a zpracování dat, vymezující širší a komplexnější úhel pohledu na šetřenou problematiku."

Dotazník spolu s dalšími technikami, jako je například anketa, autobiografie, interviu či beseda, se řadí mezi metody explorační, které přinášejí vytěžení (z lat. explore, explorare- vytěžovati) informací, údajů, ale i postojů a názorů prostřednictvím výpovědí sledované osoby - respondenta. (Pelikán, 2007)

Techniku dotazníku, jako jeden z nejfrekventovanějších způsobů zjišťování údajů lze charakterizovat jako soustavu předem připravených a pečlivě formulovaných

otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které respondent odpovídá písemně. Kladené otázky se mimo jiné mohou lišit tím, že se vztahují buď k jevům vnějším (např. popis situace respondenta), nebo k jevům vnitřním (např. postoje a citové stavy respondenta). Jednotlivé prvky dotazníku je lépe nazývat položkami, a to zejména v případech, kdy se jedná o jiné výroky než otázky. (Chráska, 2007)

Před využitím této techniky je důležité si uvědomit všechny výhody a nevýhody, které dotazník skýtá. Mezi pozitivní vlastnosti jistě patří efektivnost dotazníku, kdy za vydání relativně malých nákladů získáme velké množství údajů. (Disman, 2007) Zaručením anonymity odpovídající osoby získáme pravděpodobně pravdivější informace, na druhé straně Chráska (2007) upozorňuje, že anonymní dotazník může svést respondenta k nezodpovědnému vyplňování. Dále upozorňuje, že vzorek vyplněných a navrácených dotazníků nemusí být vždy reprezentativní, neboť, jak uvádí, dotazníky vracejí spíše lidé s vyšším vzděláním, s větší odpovědností a kladným postojem ke zkoumané problematice. Do nevýhod lze také přičíst případnou nežádoucí subjektivitu výpovědí, nemožnost upřesnit odpověď. Další nevýhodou může být i to, že respondent postřehne záměr zadavatele a své odpovědi tomu přizpůsobí. (Pelikán, 2007)

Při konstrukci dotazníku, který je součástí přílohy, jsem částečně vycházela z dotazníku J. Buřičové (2008), který vytvořila se záměrem přinést nové poznatky do problematiky odlehčovací služby pro klienty s autismem. Některé položky jejího dotazníku plně vyhovovaly účelu mého šetření, bylo pouze nutné je upravit tak, aby směřovaly k osobám s mentálním postižením. Ve svém dotazníku jsem nepoužila všech 15 položek J. Buřičové, aplikovala jsem jich 11 nebo z nich vycházela, přičemž svůj dotazník jsem o dalších 12 položek rozšířila,

Při sestavování dotazníku jsem využila několika typů otázek, které Pelikán (2007) třídí podle míry volnosti ve formulaci odpovědi. Na uzavřenou otázku musí respondent odpovědět jednou z předem formulovaných odpovědí, nemá tak možnost vlastní volby. Uzavřené otázky lze dále dělit na parametrické (např. otázka Č. 19), kdy varianty odpovědí nabízejí možnost od jednoho pólu odpovědi k druhému, a na neparametrické otázky (např. otázka č. 6), které odpovědi třídí do kategorií výpovědí stejné úrovně. Polouzavřené otázky (např. otázka č. 5) sice nabízejí řadu možných odpovědí, zároveň však respondentovi dávají možnost vlastní volby, případně možnost

svou výpověď odůvodnit. Vlastní formulaci výpovědi vyžadují otázky otevřené (např. otázka č. 22), které respondentovi nenabízejí žádnou variantu odpovědi. V dotazníku jsem využila také typ škálové otázky (např. otázka č. 21).

Po fázi získávání údajů přichází fáze jejich zpracování, což znamená jejich uspořádání a shrnutí. Přehlednou formou prezentování výsledků je jejich zpracování pomocí tabulek a grafů. „Jejich výhodou je, že jsou úsporné. Vyjádří více než dlouhé slovní pasáže. Z tohoto důvodu není třeba tabulky podrobně a zdlouhavě slovně popisovat. Úlohou výzkumníka je zdůraznit důležitá zjištění, to je ta, která podporují očekávané směřování nebo trendy, anebo naopak ty údaje, které nebyly očekávány.“ (Gavora, 2000, s. 134)

6.3 Před výzkum

Abych otestovala srozumitelnost a jednoznačnost otázek, bylo zapotřebí ověřit mnou vytvořený dotazník v předvýzkumu. Rozhodla jsem se oslovit tři poskytovatele odlehčovací služby, konkrétně pracovníky daného zařízení, kteří jsou podle mého soudu schopni objektivní odpovědi na položené otázky, to znamená ředitele zařízení, vedoucího odlehčovací služby či sociálního pracovníka.

Po krátkém telefonickém interviu, kdy jsem vysvětlila svůj záměr a dohodla se na spolupráci, a po navrácení vyplněných dotazníků jsem byla nucena uskutečnit drobné úpravy dotazníku. Musela jsem upřesnit otázku číslo 9, kde jsem použila formulaci okamžitá kapacita zařízení. Vypustila jsem otázku zjišťující původní profese pracovníků v sociálních službách, jelikož se mi dvakrát tato položka vrátila nevyplněná nebo s odpovědí „nevím“. Do položky číslo 19 jsem vložila možnost odpovědi „ano, ale nepovažujeme ji za důležitou“. V poslední položce číslo 23 jsem byla nucena umožnit respondentům zvolit více odpovědí, jelikož i přes požadavek pouze jedné odpovědi, dva ze tří respondentů považovali za nutné označit více negativních možností hodnocení. Takto upravený dotazník jsem následně rozšířila mezi poskytovatele odlehčovací služby.

6.4 Charakteristika cílového souboru

Vzhledem k tomu, že dotazníkové šetření je zaměřeno na poskytovatele odlehčovací služby pro rodiny dětí s mentálním postižením, je zapotřebí vymezit ucelený cílový vzorek. Pro určení tohoto vzorku použiji stejnou metodu jako J. Buřičová (2008), tedy víceetapný výběr, kdy se nejprve provádí výběr skupiny nejvyššího řádu, poté se pokračuje ve dvou až třech stupních výběru, až se dospěje k základním jednotkám.

Skupinu nejvyššího řádu pro účely mého šetření tvoří všichni poskytovatelé odlehčovací služby na celém území České republiky. V době výzkumu jejich celkový počet v registru poskytovatelů sociálních služeb činil 221 poskytovatelů. Dalším stupněm výběru je zvolení takových poskytovatelů, kteří ve svém profilu v témže registru uvádějí jako cílovou skupinu klientů osoby s mentálním postižením. Počet poskytovatelů se tak snížil na 71. Posledním stupněm výběru je vyhledání takových poskytovatelů, u kterých se cílová věková kategorie klientů dotýká 0 - 15 let, případně je v registru uvedena jako neomezená. To znamená, že mezi své klienty zahrnují, mimo jiné, některou věkovou skupinu v tomto rozmezí. Tím jsem získala konečný cílový vzorek 49 respondentů, jejichž seznam je uveden v příloze.¹³

¹³ Přehled poskytovatelů odlehčovací služby jsem získala v registru poskytovatelů sociálních služeb MPSV ČR

7. Průběh šetření

V prvním březnovém týdnu 2009 jsem na základě výběru cílového souboru respondentů oslovila poskytovatele odlehčovací služby. Díky telefonickému interviu před samotným rozesláním dotazníku jsem si ověřila a získala kontaktní adresy a osoby ke spolupráci. Bohužel se mi nepodařilo navázat telefonický kontakt se všemi doporučenými osobami v zařízení, a tak jsem těmto poskytovatelům zaslala dotazník bez předchozí domluvy na adresu uvedenou v registru poskytovatelů sociálních služeb. Poskytovatelé, se kterými se mi podařilo navázat kontakt, si následně zvolili formu doručení dotazníku podle své možností a preferencí. Pouze jeden z poskytovatelů zvolil možnost poštovního doručení, jehož součástí byla samozřejmě ofrankovaná obálka pro zpáteční zaslání vyplněného dotazníku. Ostatní volili raději formu emailové pošty.

Ze 49 rozeslaných dotazníků se navrátilo 31 vyplněných, což znamená 62% návratnost. Jelikož jsem všem osloveným poskytovatelům zaručovala anonymitu a z odesílacích adres nebylo vždy zřejmé, které zařízení odpovídá, rozhodla jsem se, že nebudu opětovně oslovovat poskytovatele, od nichž, jak jsem se jen mohla domnívat, jsem doposud neobdržela zpětnou vazbu. Protože v literatuře se údaje o průměrné návratnosti pohybují zhruba v rozmezí od 30% do 60% (Chráška, 2007), shledala jsem návratnost dotazníků svého šetření jako dostačující.

Na následujících stránkách se pokusím zodpovědět dílčí otázky šetření pomocí interpretace zjištěných dat. Třídění dat jsem prováděla pomocí tzv. „čárkovací metody“, kdy se v tabulce četností pomocí čárek zaznamenává výskyt jednotlivých hodnot. (Chráška, 2007) Zjištěnou četnost výskytu jednotlivých hodnot jsem následně převedla na relativní četnost, která vyjadřuje podíl četnosti výskytu z celkové četnosti. Relativní četnost jsem vyjádřila v procentech. Podle povahy otázky může být buď každá odpověď volena 31x, nebo součet odpovědí všech poskytovatelů na danou otázku činí 31.

Před hlubším zkoumáním následujících grafů upozorňuji, že zachycují odpovědi poskytovatelů odlehčovací služby, jejichž cílovou skupinou jsou děti s mentálním postižením, proto nelze výstupy šetření přenášet na všechny poskytovatele odlehčovací služby.

Tabulka 1. Převod procentuálního zastoupení volených odpovědí

Četnost výskytu odpovědí	Relativní četnost vyjádřená v procentech	Četnost výskytu odpovědí	Relativní četnost vyjádřená v procentech
1	3%	17	55%
2	6%	18	58%
3	10%	19	61%
4	13%	20	65%
5	16%	21	68%
6	19%	22	71%
7	23%	23	74%
8	26%	24	77%
9	29%	25	81%
10	32%	26	84%
11	35%	27	87%
12	39%	28	90%
13	42%	29	94%
14	45%	30	97%
15	48%	31	100%
16	52%		

8. Analýza šetření

8.1 Cílová skupina klientů

Jakým klientům jsou v daném zařízení poskytovány odlehčovací služby?

První dílčí otázku zodpovídají dotazníkové položky číslo 1 až 5. Otázkami 1 a 2 se zároveň ujišťují o správnosti mnou získaných údajů a následné volbě poskytovatele jako respondenta. Otázky 4 a 5 dále zjišťují pružnost poskytovatelů z hlediska jejich možností zajištění péče různým klientům.

Všichni dotazovaní poskyvatelé odlehčovacích služeb zaměřují své služby na osoby s mentálním postižením - graf č. 1, přičemž 86% poskytovatelů své služby nabízí i dalším skupinám klientů - graf č. 2.

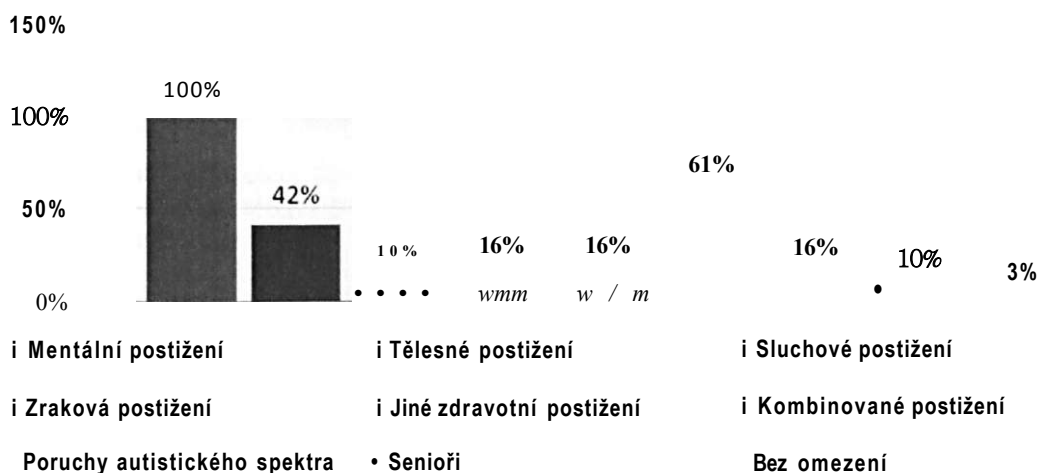
Graf č. 1. Cílové skupiny klientů uvedené oslovenými poskytovateli odlehčovacích služeb



V

J

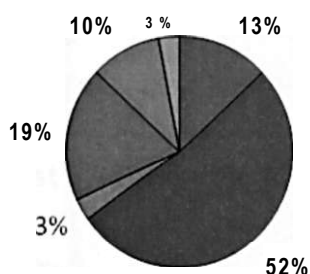
Graf č. 2. Zastoupení cílových skupin klientů



V

Minimální věková hranice klientů pro jejich přijetí do zařízení - graf č. 3 - byla u 52% odpovědí udána na 1 rok. Pouze jeden z poskytovatelů uvádí, že cílovou skupinou jsou i klienti kojeneckého věku, další tři pak uvádějí neomezenou věkovou kategorii klientů.

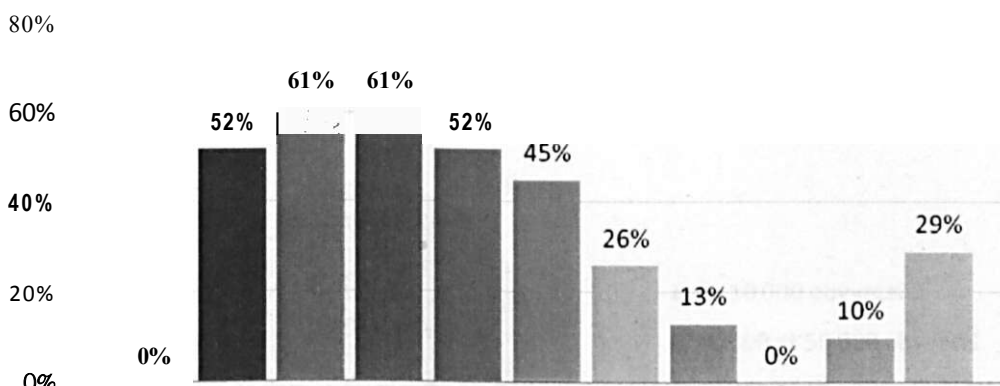
Graf č. 3. Minimální věková hranice klientů daného zařízení



V • od narození B o d 1 r o k u • o d 2 l e t B o d 3 l e t E l o d 7 l e t D o d 11 l e t J

Zastoupení věkových kategorií klientů v oslovených zařízeních ilustruje graf č. 4. Největší 61% zastoupení mají shodně mladší a starší děti, přičemž v 52% nabídka služby přesahuje do 18 let, v 45% do 26 let a celkem v 39% nad 26 let. Kategorie jiné zahrnuje skupiny klientů ve věku 3-26 let, 3-50 let, 0-35 let, 2 roky - neomezeně, 3 roky - neomezeně a 11 let - neomezeně.

Graf č. 4. Věkové kategorie klientů

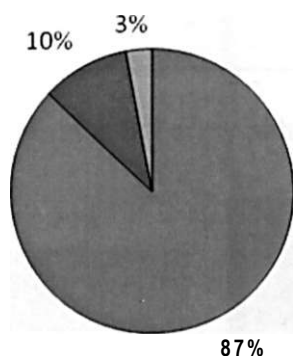


V • Děti kojeneckého věku (do 1 roku) I Děti předškolního věku (1-7 let)
 • Mladší děti (7-10 let) i Starší děti (11-15 let)
 • Dorost (16-18 let) Mladí dospělí (19-26 let)
 Dospělí (27-64 let) Mladší senioři (65-80 let)
 Starší senioři (nad 80 let) Bez omezení věku
 Jiné

J

Zda jsou poskytovatelé ochotni poskytnout odlehčovací službu i klientům bez postižení, zachycuje graf č. 5. 87% poskytovatelů tuto skutečnost zamítá, 3% uvádějí, že tuto možnost dosud nezvažovali, jelikož o ni dosud nebyli požádáni, ale zřejmě by ji umožnili. Klienti bez postižení mohou využít služby 10% poskytovatelů, kteří jako důvod uvádějí integraci mezi vrstevníky, kdy je služba nabízena sourozencům či kamarádům klientů s postižením.

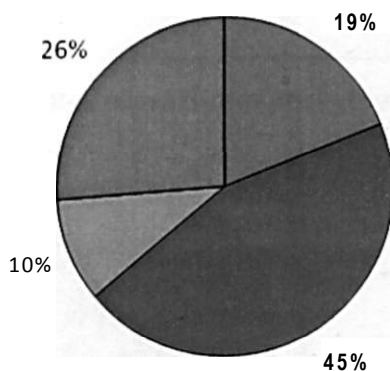
Graf č. 5. Možnost využití služby i klienty bez postižení



- Pouze klienti s postižením
- I klienti bez postižení
- Možnost nezamítá, ale zatím s ní nemá zkušenost

Velikost obce, ve které se zařízení poskytující odlehčovací službu nachází, zjišťovala otázka č. 2 a je znázorněna v grafu č. 5.¹⁴

Graf č. 5. Velikost obce, v níž se oslovené zařízení nachází



- do 10 000 obyvatel
- 10 000 až 50 000 obyvatel
- 50 000 až 100 000 obyvatel
- O nad 100 000 obyvatel

J

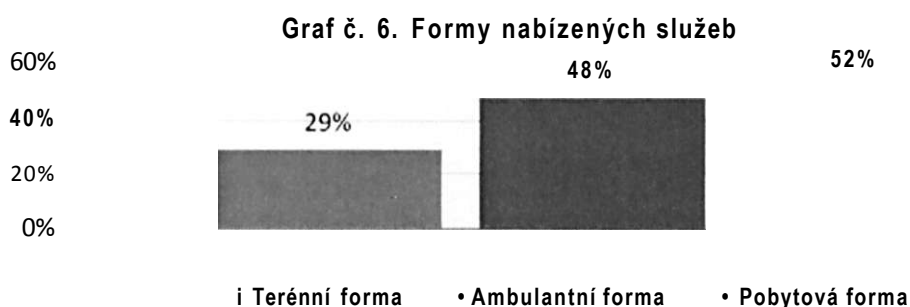
¹⁴ Z ilustrační mapy v příloze je možné vyčíst zastoupení sledovaných poskytovatelů odlehčovací služby v jednotlivých krajích.

8.2 Poskytované služby

Jaké sociální služby jsou v daném zařízení klientům poskytovány?

Zjištění formy poskytované služby daného zařízení prostřednictvím otázky číslo 6 považují, mimo jiné, za významné pro srovnání některých dalších zjištěných údajů. Po rozsahu nabízených sociálních služeb pátrala otázka číslo 7.

Nejvíce zastoupená forma nabízené odlehčovací služby je forma pobytová, která je představována 52%. Naopak nejméně rozšířená je forma terénní služby s 29% - graf č. 6.

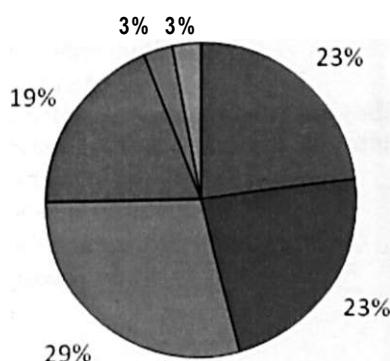


V

J

Graf č. 7 hovoří o rozložení forem mezi poskytovatele, neboť 25% zařízení poskytuje více forem odlehčovací služby. 19% poskytovatelů nabízí současně pobytovou i ambulantní formu, 3% nabízejí terénní a ambulantní formu a 3% všechny tři formy, tedy terénní, ambulantní i pobytovou.

Graf č. 7 Rozložení forem poskytované odlehčovací služby



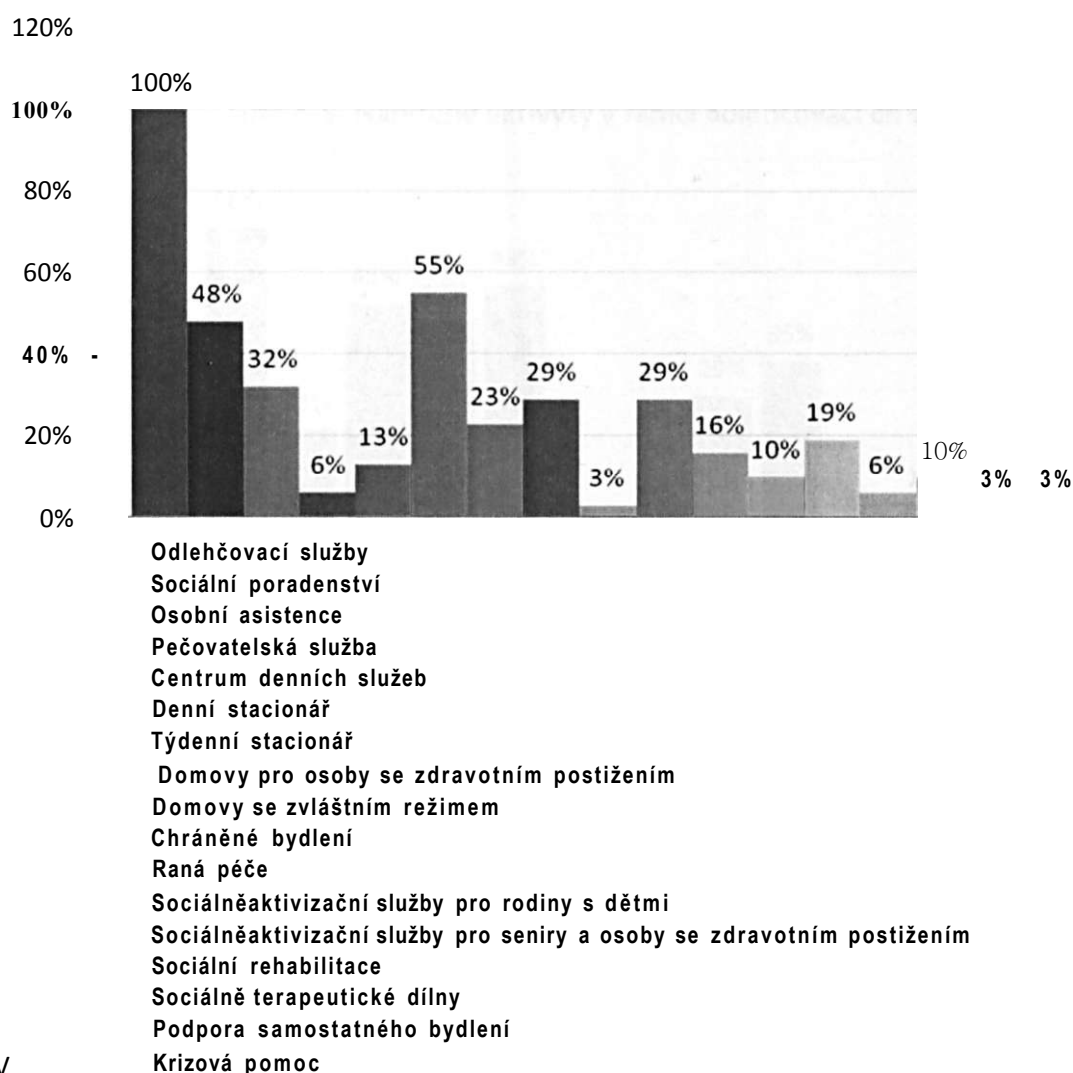
B terénní služby

- ambulantní služby
- pobytové služby
- kombinace ambulantní a pobytové služby
- kombinace terénní a ambulantní služby
- kombinace terénní, ambulantní a pobytové služby

—J

Kromě odlehčovací služby nabízejí zařízení další z řady sociálních služeb. O jejich rozsahu vypovídá graf č. 8. Je zajímavé, že přestože je sociální poradenství podle § 37 Zákona č. 108/2006 Sb. základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb a poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit, ve výčtu svých činností ho označilo pouze 48% poskytovatelů. Pouze 1 poskytovatel uvedl odborné sociální poradenství a stejné množství poskytovatelů zařadilo do výčtu svých služeb půjčovnu kompenzačních pomůcek, která je ale právě součástí zmiňovaného odborného sociálního poradenství.

Rozsah nabízených sociálních služeb v oslovených zařízeních



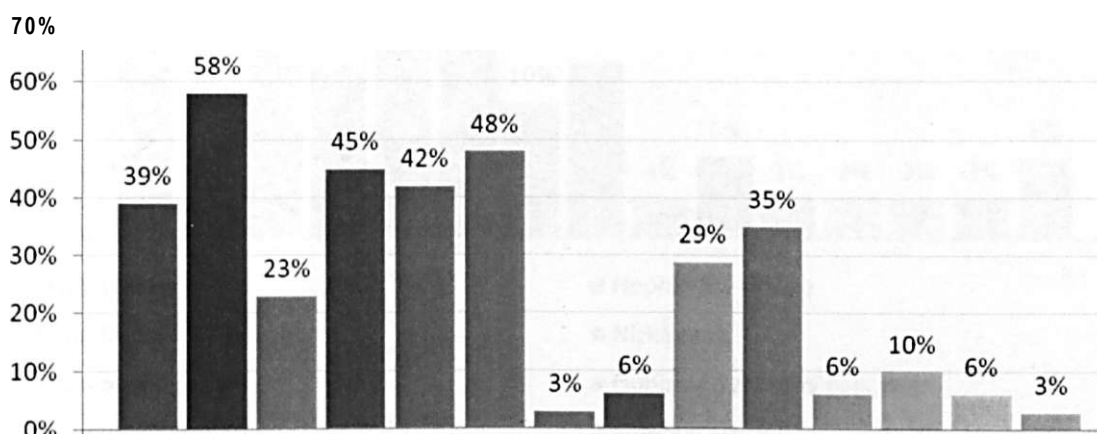
8.3 Rozsah a kvalita služeb

Jaký je rozsah poskytovaných služeb a jak se jeví jejich kvalita z pohledu poskytovatele?

Na tuto dílčí otázku odpovídají otázky číslo 15, 16 a 17, přičemž při zjišťování úrovně kvality se obracím na subjektivní názor respondentů.

Mezi činnosti, které jsou zařízením poskytované nad rámec základních činností uváděných v kapitole 3.1.2, je nejčastěji řazena muzikoterapie (v 58%). Aktivity na léčebných strojích a pobyt v relaxační místnosti uvádí 35% a 29% poskytovatelů. 6% poskytovatelů umožňuje svým klientům i aktivity v bazénu - graf č. 9.

Graf č. 9. Nabízené aktivity v rámci odlehčovací ch služeb



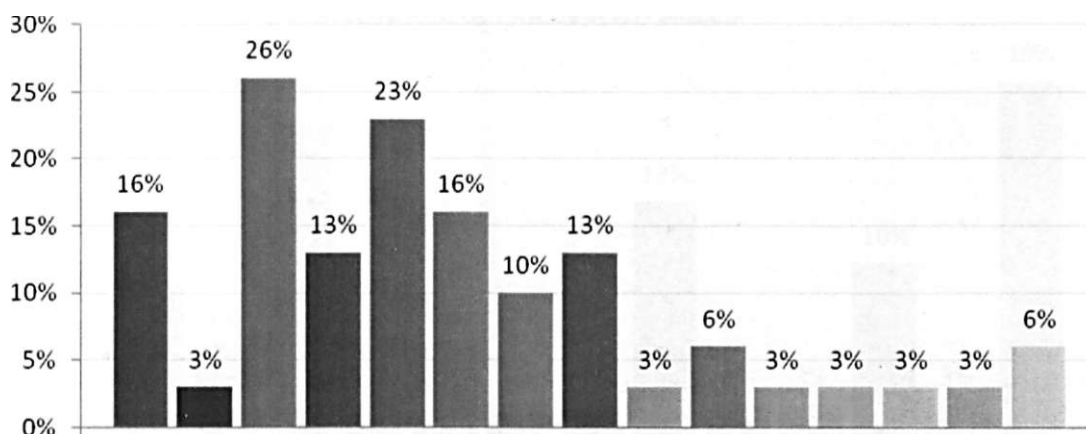
- Canisterapie
- Hypoterapie
- Fyzioterapie
- Animoterapie
- Pobyt v psychorelaxační místnosti
- Bazén
- Terapeutické dílny
- Muzikoterapie
- Ergoterapie
- Arteterapie
- Dramatoterapie
- Aktivita na pohybových léčebných strojích
- Vzdělávací aktivity
- Turistika

V

Pokud se mají poskytovatelé pokusit o vnější pohled na své služby a jmenovat vlastnosti, které sami hodnotí jako pozitivní, či přímo rozhodující při výběru zařízení - grafč. 10, nejčastěji zmiňují rozsah nabízených služeb (26%). Tato skutečnost se odráží i v tom, že všichni oslovení poskytovatelé nabízejí ještě minimálně jednu sociální službu. V jednom případě poskytovatel uvádí jako důležitou charakteristiku zařízení své dobré jméno v souvislosti se zařazením instituce mezi křesťanské organizace.

r

Grafč. 10. Autoevaluace pozitivních vlastostí oslovených poskytovatelů odlehčovacích služeb



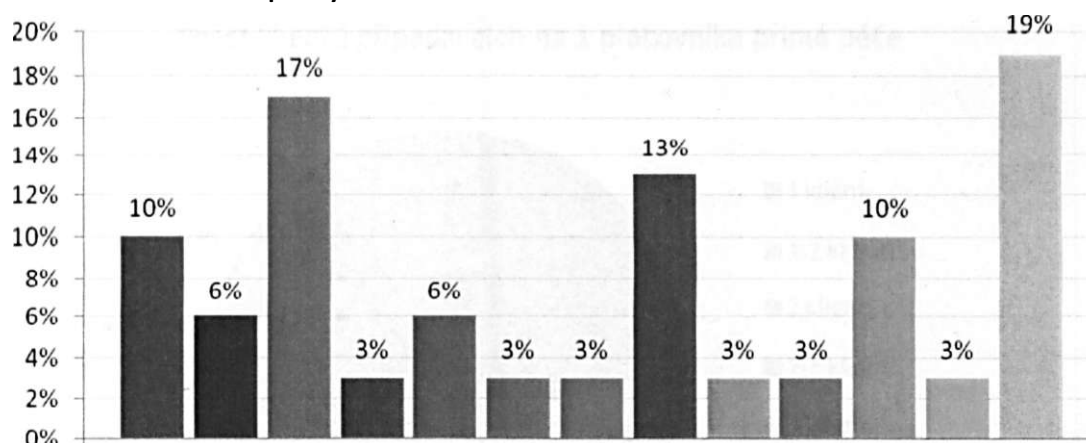
- Dostupnost
- Široká nabídka služeb
- Vybavení zařízení
- Individuální přístup
- Absence podobné služby v okolí
- Křesťanská organizace
- Možnost přítomnosti 2 asistentů u 1 klienta
- Svoz klientů
- Nepřetržitý provoz
- Nízká cena
- Odborný a zkušený personál
- Flexibilita služeb
- Kvalita služeb
- Bezbariérovost prostředí
- Volnočasové integrační aktivity

v

J

Pokud poskytovatelé charakterizovali své přednost, většina z nich uváděla více než jednu možnost. Při následném hodnocení vlastností, jež by bylo ještě zapotřebí zkvalitnit - graf č. 11, uváděli maximálně jednu charakteristiku, přičemž 19% poskytovatelů žádnou takovou možnost nevedlo. Největším problémem poskytovatelů se tak zdá být malá informovanost veřejnosti o službě (17%). Dalším úskalím poskytovatelů je nedostatek prostorů pro službu (13%) a nedostatečná kapacita programu (10%).

Graf č. 11. Autoevaluace negativních vlastností oslovených poskytovatelů odlehčovacích služeb



- Nedostatečná kapacita služby
- Malá propagace služby
- Nedostačující vybavení
- Úzká nabídka služeb
- Problémy kolektivu
- Personální nestabilita
- Neuveдено
- Nesplňování standardů kvality
- Absence svozu klientů
- Nemožnost krizových pobytů
- Nedostatečný prostor
- Nezajištění bezbariérovosti
- Neschopnost nepřetržité služby

V

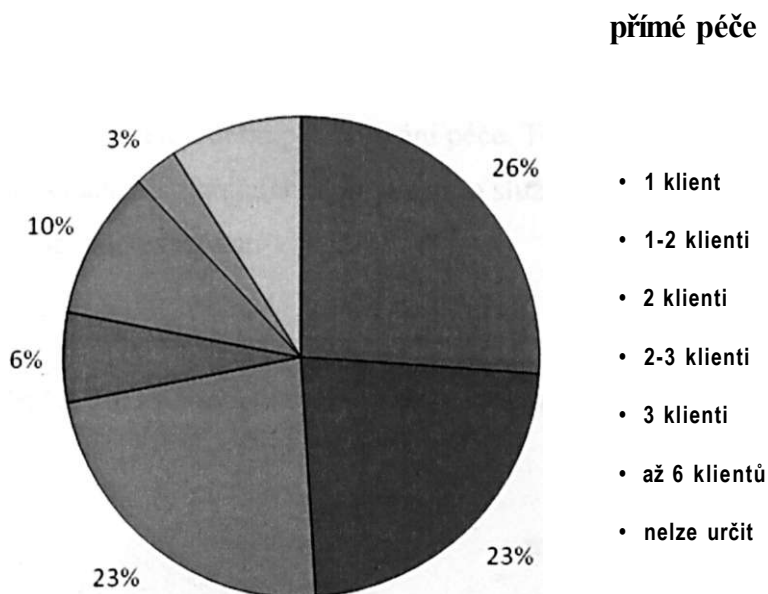
J

8.4 Personální zajištění služby

Jaký je poměr mezi počtem klientů odlehčovací služby a pracovníků přímé péče?

Poměr mezi počtem klientů a pracovníků v běžném provozu zařízení a okamžitou kapacitu zařízení zjišťují otázky číslo 8 a 9. Otázka dále pátrala po tom, jakým způsobem jsou klienti k jednotlivým pracovníkům přiřazováni.

Jeden pracovník přímé péče se nejběžněji věnuje 1 až 2 klientům. Vyjádřit velikost skupiny, jíž se jeden pracovník věnuje, se nepodařilo určit u 9%. V 3% zařízení se jeden pracovník může věnovat až 6 klientům - graf č. 12.



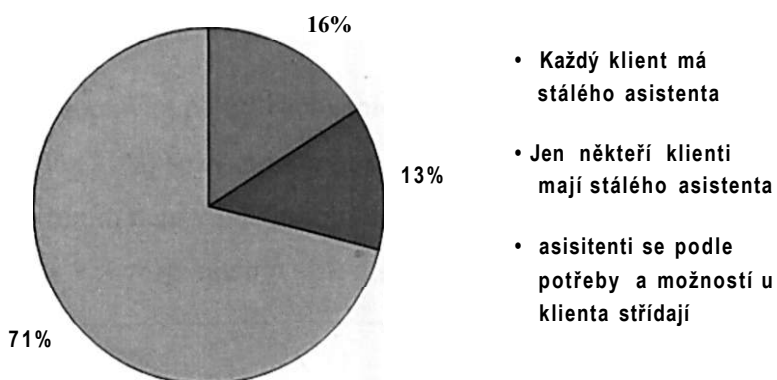
Průměrná okamžitá kapacita zařízení poskytujících odlehčovací službu je 10 klientů. Průměr zvyšují poskytovatelé nabízející pouze terénní formy služby. Pokud se zajímáme pouze o průměrnou okamžitou kapacitu těchto zařízení, získáme skupinu 17 klientů. Vyjmeme-li tedy tuto skupinu poskytovatelů a ponecháme pouze zařízení poskytující terénní formy spolu s formami ambulantními nebo poskytovatele pobytové či ambulantní formy, získáme průměrnou okamžitou kapacitu zařízení o velikosti 8 klientů.

Tabulka č. 2. Okamžitá kapacita zařízení poskytujících odlehčovací služby

	Pouze terénní forma odlehčovací služby						Ostatní formy odlehčovací služby													
Okamžitá kapacita	8	10	12	15	20	33	1	2	3	4	5	6	6-9	8	9-10	10	12	14	25	
Počet zařízení	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	3	2	1	3	1	4	2	1	1	

Pro bezpečné zajišťování potřeb uživatelů služeb je, jak vyplývá z grafu č. 13, v 71% zařízení volen systém rozložení péče mezi pracovníky tak, aby mohli reagovat na aktuální situaci v zařízení. To znamená, že pracovníci se podle potřeby a možností u klientů střídají. V 16% zařízení jsou všem klientům přiděleni pracovníci, kteří s klientem zůstávají po celou dobu poskytování péče. To ovšem znamená, že i v některých zařízeních poskytujících terénní formu služby, nemá klient svého stálého asistenta, jak by se dalo usuzovat.

Graf č. 13. Jmenování stálého asistenta danému klientovi



V

J

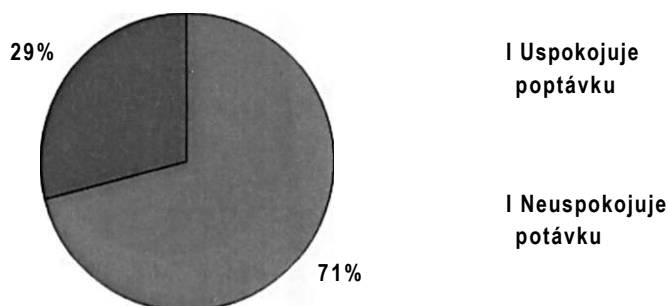
8.5 Uspokojování poptávky po sociálních službách

Na kolik je uspokojována poptávka po odlehčovacích službách?

Na tuto otázku hledají odpověď dotazy číslo 10 až 13. Otázky číslo 12 a 13 zároveň zkoumají flexibilitu poskytovatele.

Jak ukazuje graf č. 14, 71% poskytovatelů uvádí, že je schopno uspokojit poptávku všech stávajících klientů i klientů z řad žadatelů o odlehčovací službu. Z důvodu nízké kapacity služby nedokáže vyhovět všem žadatelům o službu 29% poskytovatelů.

Graf č. 14. Uspokojování poptávky stávajících i potenciálních klientů po odlehčovací službě v osloveném zařízení

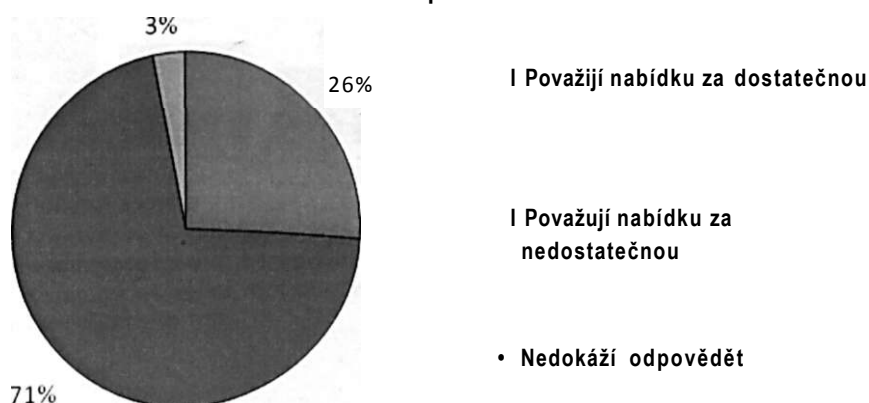


V

J

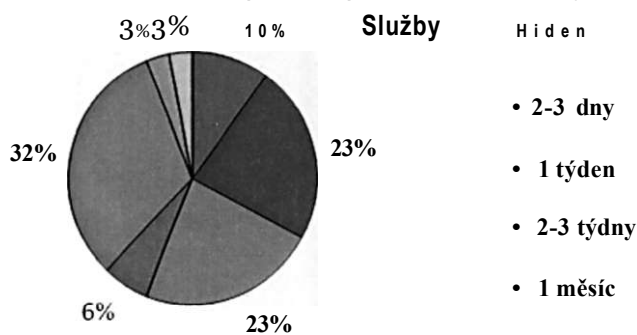
Přestože je poptávka po odlehčovacích službách poměrně uspokojována, stejný podíl poskytovatelů (71%) se domnívá, že celková nabídka sociálních služeb pro děti s mentálním postižením není v jejich kraji dostatečná. Za uspokojující považuje nabídku 26% respondentů a 3 % respondentů se k problematice nedokázala vyjádřit - graf č. 15.

Graf č. 15. Názor poskytovatelů na nabídku sociálních služeb pro děti s mentálním postižením



Graf č. 16 zachycuje, s jakým časovým předstihem je nutné si službu u poskytovatele objednat. Nejčastěji, v 32% zařízení, je nutné si službu domluvit 1 měsíc před jejím plánovaným využitím. 23% poskytovatelů vyžaduje pro zprostředkování služby 1 týden, stejnému procentu poskytovatelů stačí objednávací doba 2 až 3 dnů. Objednávací lhůta 1 dne vyhovuje pouze 10% poskytovatelů a 2 až 3 týdny před využitím služby je o ni nutné požádat 6% poskytovatelů. Podle individuální potřeby klientů a momentální možnosti zařízení reagují na žádost o poskytnutí služby 3% poskytovatelů. Stejně procento postupuje podle listiny čekatelů, kdy se po uvolnění kapacity poskytovatel sám zájemci ozve s nabídkou služby. V takovém případě může klient čekat až půl roku, ale v ojedinělých případech i déle.

Graf č. 16. Požadovaný časový předstih pro objednání odlehčovací

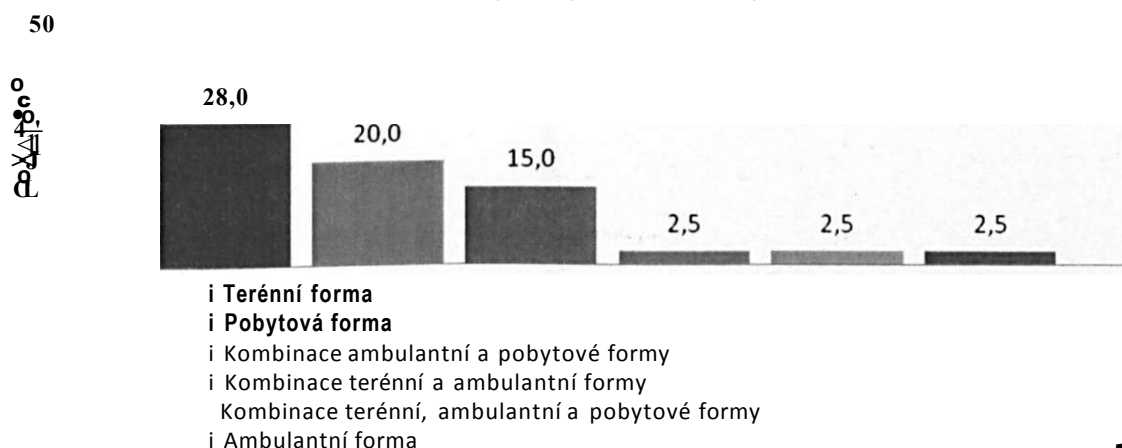


V

J

Ze zjištěných údajů je možné určit průměrnou dobu časového předstihu, v jakém si žadatel službu objedná a která se značně liší podle formy poskytované služby. Jak vypovídá graf č. 17, časově nejnáročnější je objednání terénní formy služby, zatímco nejkratší dobu pro zjednání služby vyžaduje forma ambulantní.

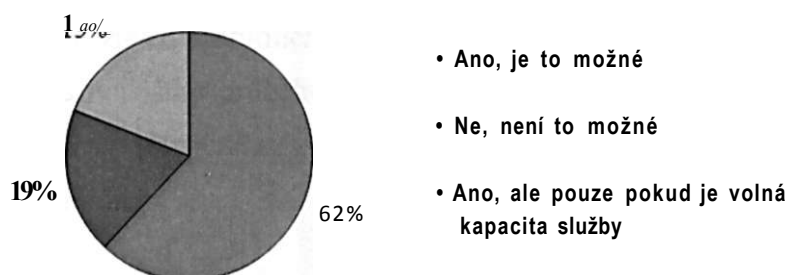
Graf č. 17. Průměrná délka objednávací doby odlehčovací služby podle formy poskytované služby



J

Zdaje možné v krizových situacích rodiny využít odlehčovací službu i bez jejího předchozího objednání, vystihuje graf č. 18. Přestože 90% poskytovatelů uvádí objednací dobu služby 2 a více dnů, 62% z celkového počtu oslovených poskytovatelů je schopno vyhovět žadateli v krizové situaci. Za takovou okolnost považují například onemocnění nebo hospitalizaci rodinného pečovatele, případně vyřízení neodkladných osobních záležitostí. 19% poskytovatelů takovou možnost připouští, ale jen pokud je volná kapacita služby. Stejně procento poskytovatelů podobný postup neumožňuje.

Graf č. 18. Možnost zařízení poskytnout v krizových situacích klientů odlehčovací službu i bez jejího předchozího objednání



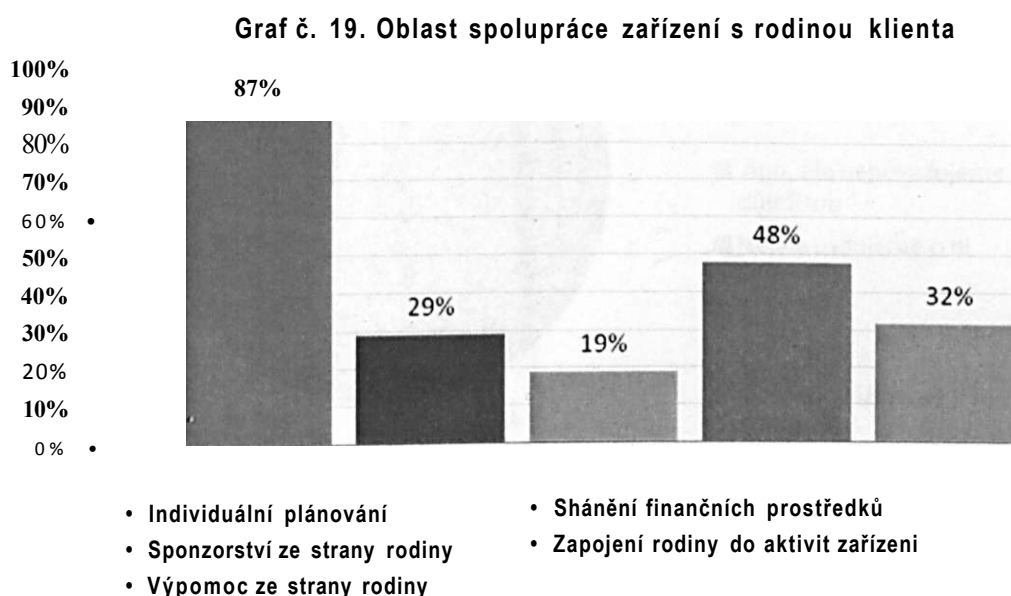
V

8.6 Spolupráce s rodinou klienta

Jak se rodina klienta spoluúčastní na chodu odlehčovací služby?

Na tuto otázku hledala odpověď položka číslo 18 a o získaných informacích hovoří graf č. 19.

V souladu se standardy kvality sociálních služeb spolupracuje s rodinou klienta při individuálním plánování průběhu služby 87% poskytovatelů. Do aktivit zařízení se zapojují rodiny klientů 48% poskytovatelů a to zejména při různých výletech, kulturních akcích, besedách, slavnostech, rehabilitačních pobytech a při formování služby. Výpomoci ze strany rodiny využívá 32% poskytovatelů. Rodina klienta například pomáhá při různých kulturních či sportovních akcích, podporuje zařízení při zajišťování co nejefektivnějšího průběhu služby, podílí se na pořádání dobročinných sbírek ve prospěch služby, případně se zapojuje při zvelebování prostor a okolí zařízení při jeho úpravách či úklidu



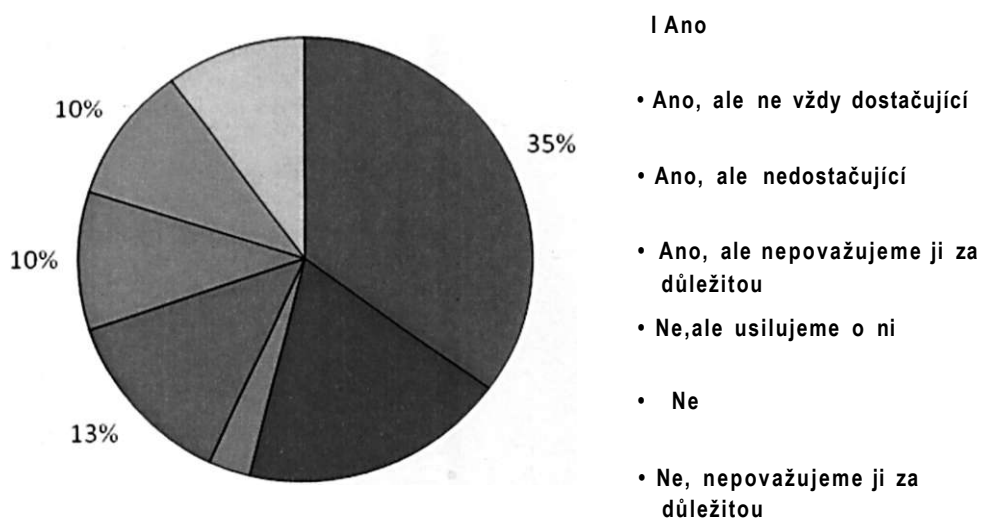
8.7 Spolupráce s odborníky

Jaký je zájem o spolupráci s dalšími odborníky ze strany odlehčovací služby?

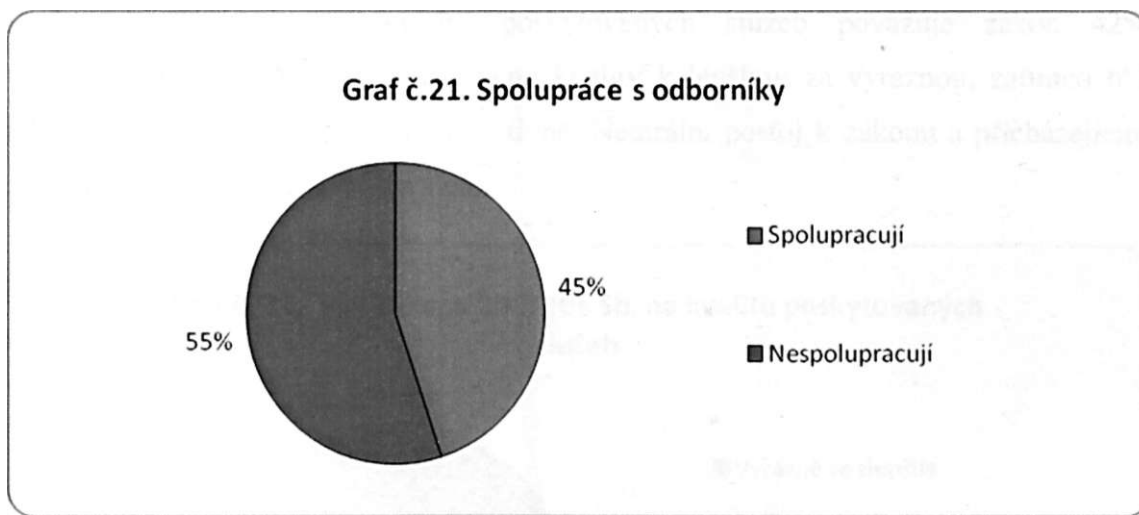
Kooperaci s odborníky se věnují otázky číslo 19 a 20.

O tom, zda zařízení má k dispozici a zda vůbec považuje odbornou osobní dokumentaci klienta při plánování služby za důležitou, referuje graf č. 20. 70% poskytovatelů má odbornou dokumentaci k dispozici, ale pouze 57% z nich ji považuje pro svou činnost za důležitou. 23% respondentů odpovídá, že takovou dokumentaci nepovažuje za významnou, že se řídí pouze pokyny a vůlí klienta a jeho rodiny. Dalším důvodem nevyužívání odborných posudků a zpráv je snaha vyhnout se tzv. „nálepkování“.

Graf č. 20 Využití odborné osobní dokumentace klienta poskytovatelem



Graf č. 21 uvádí 45% spolupráci odlehčovací služby s dalšími odborníky či specializovanými zařízeními. Spolupracujícími subjekty se stávají speciálně pedagogická centra, pedagogicko- psychologické poradny, střediska rané péče, zdravotnická zařízení, kliničtí psychologové, kliničtí logopedové, speciální pedagogové, psychiatři, neurologové, autistické spolky a poradny pro rodinu a mezilidské vztahy.



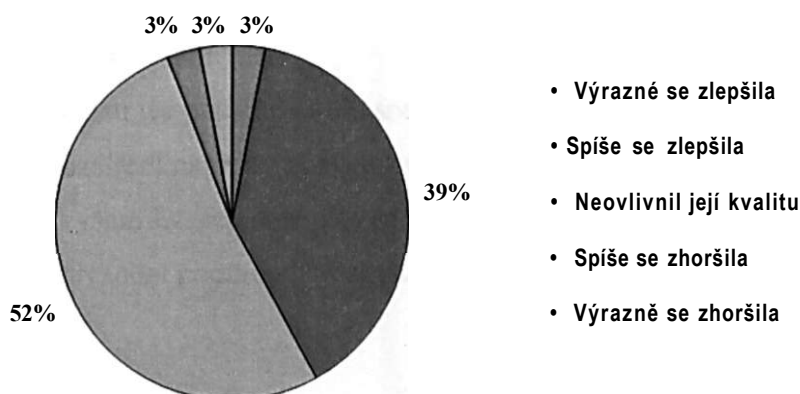
8.8 Přínos Zákona č. 108/2006 Sb.

Jaký přínos spatřují poskytovatelé odlehčovacích služeb v Zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb.?

Otázkou, jak vnímají poskytovatelé odlehčovacích služeb Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., se zabývají položky číslo 21 a 22.

Za přínosný pro kvalitu poskytovaných služeb považuje zákon 42% respondentů, z toho 3% hodnotí změnu kvality k lepšímu za výraznou, zatímco 6% odpovědí hodnotí přínos zákona negativně. Neutrální postoj k zákonu a přicházejícím změnám zaujímá 52% poskytovatelů.

Graf č. 22. Vliv Zákona 108/206 Sb. na kvalitu poskytovaných služeb



V

J

Mají-li poskytovatelé konkretizovat změny, které přinesl zákon přímo jejich zařízení, nejčastěji uvádějí zpracovávání vnitřních pravidel zařízení do standardů kvality sociálních služeb. Další často citovaný jev je požadavek splnění kvalifikace pracovníků v sociálních službách. Tento krok je hodnocen negativně, jelikož výrazně komplikuje chod programu, a to vzhledem k fluktuaci asistentů a finanční nákladnosti kurzů pracovníka v sociálních službách. Dále je zpochybňována kvalita těchto kurzů vzhledem k jejich nedostatečné zaměřenosti na cílovou skupinu.

V následujícím přehledu jsou uvedeny popisované změny, které jsou poskytovateli uváděny ve sledovaných zařízeních v souvislosti s přijetím Zákona o sociálních službách č 108/2006 Sb.

- Zpracování vnitřních pravidel do Standardů kvality sociálních služeb
- Požadavek kvalifikace pracovníků v sociálních službách
- Nárůst administrativy
- Reorganizace zařízení a rozdělení kompetencí
- Transparentnost
- Individuální plánování
- Autonomizace služby a tím vyšší kvalita zpracování metodiky služby
- Zajištění přímého podílu uživatele na spolupráci
- Žádost o poskytnutí služby je podávána samotnými klienty přímo poskytovateli
- Registrace poskytovatelů sociálních služeb
- Rozšíření nabídky poskytovaných služeb
- Zvýšení kvality poskytované péče
- Zpřesnění podmínek poskytování sociální služby

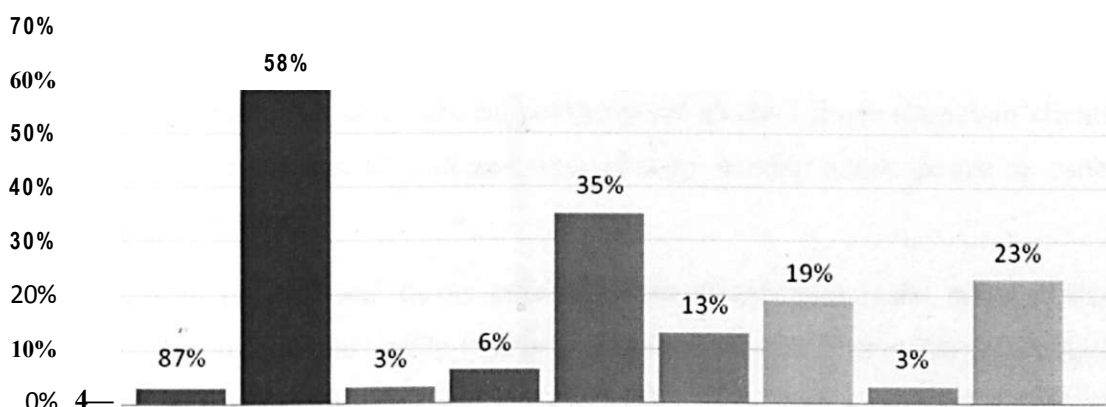
8.9 Problematické oblasti poskytování služeb

Jaké oblasti poskytování odlehčovacích služeb jsou samotnými poskytovateli vnímány jako nejproblematictější?

Hledáním tohoto subjektivního stanoviska konkrétního zařízení se zabývá otázka číslo 23.

Z grafu č. 23 jednoznačně vyplývá, že největším úskalím poskytovatelů odlehčovací služby jsou nedostatečné finanční prostředky, což ovšem nekoresponduje s nízkým zastoupením odpovědí stěžujících si na nedostatečné vybavení daného zařízení či na špatné finanční ohodnocení pracovníků. Naopak je možné se domnívat, že neuspokojující finanční prostředky mají jistou souvislost s nedostatečným personálním zajištěním služby, o kterém se zmiňuje 35% dotázaných. Tyto dva faktory zřejmě dále ovlivňují kapacitu služby, kterou 23% poskytovatelů označuje jako nízkou.

Graf č. 23. Problematické oblasti poskytování odlehčovací služby z pohledu poskytovatelů



- i Organizace odlehčovací služby
- i Nedostatečné finanční prostředky
- i Nedostatečné vybavení pracoviště
- i Nevyhovující odborná úroveň personálu
- 1 Nedostatečné personální zajištění služeb
- i Sledování legislativních změn
- Nedostatečná informovanost veřejnosti o službě
- Špatné finanční ohodnocení pracovníků
- Nízká kapacita služby

8.10 Shrnutí

V této kapitole se pokusím shrnout výsledky svého šetření a porovnat je se závěry jiných diplomových prací na téma odlehčovací služby.

Měla jsem možnost využít práce Dvořákové (1998) „Starý dementní člověk v rodině“, Kracíkové (2000) „Srovnání péče v některých typech zařízení poskytující respitní péči seniorům“, Margoldové (2008) „Aspekty životní situace nejbližších příbuzných nesoběstačných seniorů, které přispěly k jejich rozhodnutí využít zařízení respitní péče“, Nikové (2005) „Situace rodin s handicapovaným dítětem a konstrukce služby respitní péče v Komunitním centru Motýlek“, Návrovové (1999) „Senioři, pečující rodina a respitní péče“ a Buřičové (2008) „Odlehčovací služby v systému sociální péče poskytované rodinám osob s autismem“. Právě práce Buřičové je pro účely srovnání výsledků šetření nejvhodnější.

Mnou oslovení poskytovatelé odlehčovacích služeb předkládaných dětem s mentálním postižením nabízejí z 82% své služby i klientům s jiným typem postižení. Nejčastěji je skupina klientů tvořena dětmi ve věku 7-15 let, přičemž minimální věková hranice pro přijetí dítěte do zařízení je v 52% 1 rok. Z důvodů integrace mezi vrstevníky by umožnilo 13% poskytovatelů navštěvovat jejich zařízení i klientům intaktním. Pokud využiji výsledky šetření Buřičové (2008), zjistím, že zařízení poskytující tyto služby osobám s autismem jsou otevřenější vůči klientům s jiným postižením. Z jejího zjištění je patrné, že všechna jí oslovená zařízení poskytují své služby i jiným skupinám klientů, zatímco 18% mnou oslovených zařízení svou cílovou skupinu zúžilo pouze na osoby s mentálním postižením.

Nejčastěji poskytované formy odlehčovacích služeb jsou podle mého zjištění formy, které pro poskytování služby využívají vlastních prostor. Služba, která „dochází“ za klientem, je nabízena pouze v 29%. Z hlediska kvality poskytovaných služeb má terénní služba výhody v tom, že umožňuje klientovi pobývat v jeho přirozeném prostředí, kde se cítí bezpečně, dopřává mu více soukromí a nenutí jeho rodinu hledat často náročné řešení přesunu za službou. Na druhou stranu ambulantní či pobytová forma služby dovoluje klientovi využívat speciální pomůcky a programy daného zařízení, umožňuje mu pobývat v širším společenství, a tak budovat nové sociální vztahy.

Stejně jako poskytovatelé oslovení Buřičovou (2008) i zařízení pro děti s mentálním postižením nabízejí nejčastěji z řady dalších služeb denní stacionář. Obě dvě jsme dále došly ke shodnému zjištění, že ačkoliv jsou všichni poskytovatelé povinni poskytovat sociální poradenství, ne zcela všichni tuto službu v rámci šetření jmenovali. Z mnou sledovaných zařízení tuto službu označilo pouze 48% respondentů.

Pokud měli poskytovatelé označit kvalitu svých služeb, nejčastěji pozitivně hodnotili šíři služeb a vybavení zařízení. Jak vyplývá z šetření, je možné se domnívat, že tyto dvě kvality jsou, mimo jiné (např. z důvodu nedostatku financí), omezovány nedostatkem prostorů zařízení. Nejčastější odpovědí, která vypovídala o nedostacích zařízení z pohledu poskytovatelů, byla malá propagace služby a s tím spojená nízká informovanost veřejnosti, zejména pak rodin z řad potenciálních klientů. Mezi činnostmi, které poskytují zařízení nad rámec činností citovaných zákonem, je nejvíce zastoupena animoterapie, dále pak muzikoterapie, arteterapie a ergoterapie.

Vzhledem k náročnosti péče o dítě s mentálním postižením je v převážné většině zařízení volen poměr mezi počtem klientů na jednoho pracovníka přímé péče 1:1-2. Přičemž se nesmí opomenout, že poměr je často nutné upravovat podle aktuální situace v zařízení, jež je vázána na fyzický a psychický stav klientů.

Stejně jako ve výsledcích Buřičové (2008) převládala i v mém šetření mezi odpověďmi na otázku pátrající po kvantitě sociálních služeb v kraji odezva negativní. V rámci svého šetření jsem ale zjistila, že 71% dotázaných poskytovatelů považuje uspokojování poprávky konkrétně po odlehčovacích službách za dostatečné. Z toho je možné usuzovat, že krajům chybí poskytovatelé sociálních služeb, ale ne z řad odlehčovacích služeb, jejichž cílovou skupinou jsou děti s mentálním postižením.

O kvalitě služeb vypovídá i to, jakým způsobem jsou schopné reagovat na náhlý zájem o službu z důvodu neočekávané krizové situace klienta a jeho rodiny. Přestože pouze 10% poskytovatelů uvádí jako objednáci lhůtu služby 1 den a u dalších poskytovatelů se doba dále prodlužuje, 62% poskytovatelů je schopno v takovém případě službu realizovat bez jejího předchozího objednání.

Prakticky všechna oslovená zařízení se snaží spolupracovat s rodinou klienta. Zejména pak při individuálním plánování služby, což není vzhledem k cílové skupině vůbec překvapující.

Zajímavým zjištěním je, že pouze 45% poskytovatelů kvalitu služby zajišťuje spoluprací s dalšími odborníky a pouze 57% považuje pro plánování služby za důležitou odbornou osobní dokumentaci klienta.

Při mapování postojů poskytovatelů k Zákonu o sociálních službách č. 108/2006 Sb. jsem opět došla k podobnému zjištění jako Buřičová (2008). Celých 52% respondentů nespatřuje v tomto zákoně prostředek pro ovlivňování kvality poskytovaných služeb. Oproti Buřičové (2008) mohu ale konstatovat, že 39% odpovědí hodnotilo přínos zákona spíše pozitivně. Negativně hovoří 6% odpovědí. Jako nejpřínosnější i vzhledem ke zvýšení nároků na poskytovatele je posuzováno zpracování vnitřních pravidel do Standardů kvality sociálních služeb.

V závěru šetření jsem pátrala po oblastech, jež jsou samotnými poskytovateli vnímány jako přitěžující průběhu poskytování odlehčovacích služeb. Zde se opět má zjištění shodují s výsledky Buřičové (2008). Jako nejproblematičtější jsou vnímány oblasti financování služeb a jejich personální zajištění.

9. Závěr

Základními pilíři zákona o sociálních službách jsou partnerské vztahy mezi uživateli a poskytovateli sociálních služeb. Uživatelé jsou nuceni k tomu, aby vyvíjeli vlastní iniciativu při hledání a plánování služby a přebírali pak zodpovědnost za své rozhodnutí. Poskytovatelé musí být proto schopni dostatečně, kvalitně a hlavně srozumitelně informovat o svých službách. Dále by pak měly být všechny zúčastněné strany schopné komunikovat na úrovni rovnocenného partnerství.

Právě informovanost veřejnosti o službě bývá často zmiňovaným problémem jak ze strany uživatelů, tak i poskytovatelů. Já sama jsem se ale v rámci svého šetření setkávala s údaji, které, přestože se týkaly jedné a téže organizace, se lišily podle umístění údajů dokumentu, v nichž bylo možné je vyhledat. Například data získaná z registru poskytovatelů sociálních služeb se nejednou neshodovala s informacemi poskytovanými na internetových stránkách zařízení či uváděnými poskytovateli v rámci dotazníkového šetření.

Další nelehký úkol poskytovatelů odlehčovacích služeb spatřuji v řešení otázky financování. Finanční nejistotu zařízení, která je způsobena nemožností předvídat, zda a jakou částkou bude zařízení podpořeno, pomáhá řešit nově zřizovaná funkce fundraisera. Tento pracovník se soustavně zabývá činností, jejímž výsledkem je získávání finančních či jiných prostředků na obecně prospěšnou činnost většinou neziskové organizace. (Fundraiser, 2005)

Právě financování sociálních služeb je otázkou, která by spolu s dalšími tématy mohla být v budoucnu dále podrobněji řešena. Za další zajímavé náměty považuji problematiku dobrovolníků v sociálních službách a to, jak jsou odlehčovací služby vnímány samotnými uživateli.

10. Použitá literatura

- BUŘIČOVÁ, J. *Odlehčovací služby v systému sociální péče poskytované rodinám osob s autismem*. Praha : Pedagogická fakulta UK, 2008. Diplomová práce.
- DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha : Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-0139-7.
- DVOŘÁKOVÁ, K. *Starý dementní člověk v rodině*. Praha : Filosofická fakulta UK, 1998. Diplomová práce.
- GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno : Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.
- HARTL, P. *Stručný psychologický slovník*. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-803-1.
- HAWKINS, P.; SHOHET, R. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-715-9.
- HOLEKSOVA, T. *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí*. Praha : Grada, 2002. ISBN 80-247-0212-6.
- HUTAŘ, J.; KRÁSA, V. *Co přináší zákon o sociálních službách pro uživatele, poskytovatele, orgány, státní správy a samosprávy*. Praha : NRZPČR, 2006.
- CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
- CHVÁTALOVÁ, H. *Jak se žije dětem s postižením*. 2. vyd. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7367-013-5.
- KASTOVÁ, V. *Krize a tvořivý přístup k ní*. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-147-9.
- KERROVÁ, S. *Dítě se speciálními potřebami*. Praha : Portál, 1997. ISBN 80-7178-147-9.
- KRACÍKOVÁ, O. *Srovnání péče v některých typech zařízení poskytující respitní péči seniorům*. Praha : Filosofická fakulta UK, 2000. Diplomová práce.

KRUTILOVÁ, D.; ČÁMSKÝ, P.; SEMBDNER, J. *Sociální služby : Tvorba a zavádění standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*. Asociace poskytovatelů sociálních služeb. ISBN 978-80-254-3427-7.

KVAPÍK, J.; ČERNÁ, M. *Zdravý způsob života mentálně postižených*. Praha : Avicenum, 1990. ISBN 08-020-90.

LANDISCHOVA, E. Přirozený svět člověka s mentálním postižením. *Speciální pedagogika*, 2004, roč. 14., č. 4., s. 291-302. ISSN 1211-2720.

LEDNICKÁ, I. Zamyšlení nad problémem mentálního postižení. *Speciální pedagogika*, 2004, roč. 14., č. 1., s.1-10. ISSN 1211-2720.

MAŇÁK, J.; ŠVEC, V. *Cesty pedagogického výzkumu*. Brno : Paido, 2004. ISBN 80-7315-078.

MARGOLDOVÁ, H. *Aspekty životní situace nejbližších příbuzných nesoběstačných seniorů, které přispěly k jejich rozhodnutí využít zařízení respitní péče*. Brno : Fakulta sociálních studií MU, 2008. Diplomová práce.

MARKOVÁ, Z.; STŘEDOVÁ, L. *Mentálně postižené dítě v rodině*. Praha : SPN, 1987. ISBN 0-72-23/1.

MATĚJČEK, Z. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha : SPN, 1992. ISBN 80-04-25236-2.

MATĚJČEK, Z.; DYTRYCH, Z. *Děti, rodina a stres*. Praha : Galén, 1994. ISBN 80-85824-06-X.

MATĚJČEK, Z.; FIŠER, J., aj. *Postižené dítě v rodině a společnosti*. Praha : SPN, 1968. ISBN 80-2-03.

MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 2. upr. rozš. vyd. Praha : H&H, 1992. ISBN 80-85467-42-9.

MATĚJČEK, Z. *Rodičům mentálně postižených dětí*. Praha : H&H, 1992. ISBN 80-85467-52-6.

MATĚJČEK, Z. *Výbor z díla*. Praha : Karolinum, 2005. ISBN 80-246-1056-6.

MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.

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

MATOUŠEK, O. *Sociální služby*. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.

MICHALÍK, J. *Poradenství pro uživatele sociálních služeb*. Praha : NRZPČR, 2007. ISBN 80-903640-9-8.

MILER, J. Vědomí a jeho význam pro porozumění individuálním potřebám lidí s mentálním postižením : Individuální plánování poskytovaných služeb. *Speciální pedagogika*. 2005. roč. 15., č. 3., s. 182-189. ISSN 1211-2720.

MUHLPACHR, P. *Vývoj ústavní péče*. Brno : Masarykova univerzita, 2001. ISBN 80-210-2512-3.

NIKLOVÁ, D. *Situace rodin s handicapovaným dítětem a konstrukce služby respitní péče v Komunitním centru Motýlek*. Praha : Filosofická fakulta UK, 2005. Diplomová práce.

NÁVROVCOVA, K. *Senioři, pečující rodina a respitní péče*. Praha : Filosofická fakulta UK, 1999. Bakalářská práce.

PELIKÁN, J. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha : Karolinum, 2007. ISBN 978-80-7184-569-0.

PRŮCHA, J.; WALTEROVÁ, E.; MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 4. vyd. Praha : Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-310-9.

Rukověť rodičů dítěte se zdravotním postižením. Praha : MZ ČR; Nadace Dětský mozek; OS Sedm paprsků, 1998.

Sborník přednášek ze semináře o respitní péči: listopad 1996. MZ ČR; Nadace Dětský mozek; Sdružení pro komplexní péči při DMO.

SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. Praha : Portál, 2001. ISBN 80-7178-559-8.

SOBOTKOVÁ, D.; DITTRICHOVÁ, J. *Narodilo se s problémy a co bude dál?* Praha : Portál, 2003. ISBN 80-247-0398-X.

ŠAFRANKOVÁ, P. Klíčové osoby v komplexu služeb respitní péče. *Speciální pedagogika*, 2004, roč. 14, č. 1. s.28-43. ISSN 1211-2720

ŠAFRANKOVÁ, P. Pojednání o respitní péči. *Speciální pedagogika*, 2002, roč. 30, č. 4., s. 251-258. ISSN 1211-2720.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 3. přeprac. vyd. Praha : Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.

VÁGNEROVÁ, Z.; HADJ-MOUSSOVÁ, Z; STECH, J. *Psychologie handicapu*. Dotisk, vyd. Praha : Karolinum, 2001. ISBN 80-7184-929-4.

VÁGNEROVÁ, Z. Sourozenci postiženého dítěte. *Speciální pedagogika*. 1999, roč. 9, č. 1, s. 1-6. ISSN 1211-2720.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

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

Elektronické dokumenty:

Etický kodex sociálních pracovníků ČR. [online], 2006 [cit. 18. února 2009]. Dostupné na: <<http://ssper.unas.cz/?q=hode/13>>.

Fundraiser.cz. [online], 2005 [cit. 1. dubna 2009]. Dostupné na: <<http://www.fundraiser.cz/faq.htm#m>>.

Mezinárodní etický kodex, [online], 2004 [cit. 18. února 2009]. Dostupné na: <<http://ssper.unas.cz/?q=hode/14>>.

Metodické pokyny pro zpracování DP [online]. Praha : Pedf UK, 2007. [cit. 9. února 2009]. Dostupné na: <http://it.pedf.cuni/metodika/index.php>.

Otázky a odpovědi k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a k zákonu č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách [online]. Praha : MPSV, 2007 [cit. 8. října 2008]. Dostupné na: <http://www.mpsv.cz/fdes/clanky/2974/otazky_odpovedi_22-rev.pdf>.

Pravidla pro bibliografické citace [online]. Praha : Pedagogická fakulta UK, 2008. [cit. 22. února 2009]. Dostupné na: <<http://www.pedf.cuni.cz/storage/1738/bibliografieWeb.htm>>.

Registr poskytovatelů sociálních služeb [online]. Praha : MPSV, 2007. [cit. 3. března 2009]. Dostupné na: <http://iregistr.mpsv.cz/socreg/rozsirene_hledani_sluzby.fw.do?SUBSESSION_ID=1237899782770_1>.

TOŠNEROVÁ, T. *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky : Průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele* [online], Praha : Ambulance pro poruchy paměti, 2001. ISBN 80-238-8001-2. [cit. 27. ledna. 2009]. Dostupné na: <http://aa.ean.cz/img_upload/07bc9d1453b4bc61934a7ebb36075df2/pocityapotreby.pdf>

11. Přílohy

1. Standardy kvality sociálních služeb
2. Průvodní dopis
3. Dotazník
4. Seznam poskytovatelů odlehčovací služby s registrací k 9.3.2009
5. Mapa ČR ilustrující zastoupení sledovaných poskytovatelů v jednotlivých krajích

Příloha 1

Standardy kvality sociálních služeb

1. Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel má písemně definováno a zveřejněno poslání, cíle a zásady poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena, a to v souladu se zákonem stanovenými základními zásadami poskytování sociálních služeb, druhem sociální služby a individuálně určenými potřebami osob, kterým je sociální služba poskytována;	ano
b) Poskytovatel vytváří podmínky, aby osoby, kterým poskytuje sociální službu, mohly uplatňovat vlastní vůli při řešení své nepříznivé sociální situace;	ano
c) Poskytovatel má písemně zpracovány pracovní postupy zaručující řádný průběh poskytování sociální služby a podle nich postupuje;	ano
d) Poskytovatel vytváří a uplatňuje vnitřní pravidla pro ochranu osob před předsudky a negativním hodnocením, ke kterému by mohlo dojít v důsledku poskytování sociální služby.	ne

2. Ochrana práv osob

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro předcházení situacím, v nichž by v souvislosti s poskytováním sociální služby mohlo dojít k porušení základních lidských práv a svobod osob, a pro postup, pokud k porušení těchto práv osob dojde; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;	ano
b) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, ve kterých vymezuje situace, kdy by mohlo dojít ke střetu jeho zájmů se zájmy osob, kterým poskytuje sociální službu, včetně pravidel pro řešení těchto situací; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;	ano
c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání darů; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.	ne

3. Jednání se zájemcem o sociální službu

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, podle kterých informuje zájemce o sociální službu srozumitelným způsobem o možnostech a podmínkách poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;	ano
b) Poskytovatel projednává se zájemcem o sociální službu jeho požadavky, očekávání a osobní cíle, které by vzhledem k jeho možnostem a schopnostem bylo možné realizovat prostřednictvím sociální služby;	ano
c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro postup při odmítnutí zájemce o sociální službu z důvodů stanovených zákonem; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.	ne

4. Smlouva o poskytování sociální služby

Kritérium	Zásadní
a)Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby s ohledem na druh poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;	ano
b)Poskytovatel při uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby postupuje tak, aby osoba rozuměla obsahu a účelu smlouvy;	ne
c)Poskytovatel sjednává s osobou rozsah a průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíl závislý na možnostech, schopnostech a přání osoby;	ne

5. Individuální plánování průběhu sociální služby

Kritérium	Zásadní
a)Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla podle druhu a poslání sociální služby, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby;; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;	ano
b)Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby;	ano
c)Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda jsou naplňovány její osobní cíle;	ano
d)Poskytovatel má pro postup podle písmene b) a c) pro každou osobu určeného zaměstnance;	ano
e)Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám;	ne

Plnění kritérií uvedených v písmenech d) a e) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance.

6. Dokumentace o poskytování sociální služby

Kritérium	Zásadní
a)Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zpracování, vedení a evidenci dokumentace o osobách, kterým je sociální služba poskytována, včetně pravidel pro nahlížení do dokumentace; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;	ano
b)Poskytovatel vede anonymní evidenci jednotlivých osob v případech, kdy to vyžaduje charakter sociální služby nebo na žádost osoby;	ne
c)Poskytovatel má stanovenou dobu pro uchování dokumentace o osobě po ukončení poskytování sociální služby.	ne

7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby, a to ve formě srozumitelné osobám; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;	ano
b) Poskytovatel informuje osoby o možnosti podat stížnost, jakou formou stížnost podat, na koho je možno se obracet, kdo bude stížnost vyřizovat a jakým způsobem a o možnosti zvolit si zástupce pro podání a vyřizování stížnosti; s těmito postupy jsou rovněž prokazatelně seznámeni zaměstnanci poskytovatele;	ano
c) Poskytovatel stížnosti eviduje a vyřizuje je písemně v přiměřené lhůtě;	ne
d) Poskytovatel informuje osoby o možnosti obrátit se v případě nespokojenosti s vyřízením stížnosti na nadřízený orgán poskytovatele nebo na instituci sledující dodržování lidských práv s podnětem na prošetření postupu při vyřizování stížnosti.	ne

8. Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel nenahrazuje běžně dostupné veřejné služby a vytváří příležitosti, aby osoba mohla takové služby využívat;	ano
b) Poskytovatel spolupracuje s právníckými a fyzickými osobami, které osoba označí, v zájmu dosahování jejích osobních cílů;	ne
c) Poskytovatel zprostředkovává osobě služby jiných fyzických a právníckých osob podle jejich individuálně určených potřeb;	ne
d) Poskytovatel podporuje osoby v kontaktech a vztazích s přirozeným sociálním prostředím.	ne

9. Personální a organizační zajištění sociální služby

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel má písemně stanovenou strukturu a počet pracovních míst, pracovní profily, kvalifikační požadavky a osobnostní předpoklady zaměstnanců; organizační struktura a počty zaměstnanců jsou přiměřené druhu poskytované sociální služby, její kapacitě a počtu a potřebám osob, kterým je poskytována;	ano
b) Poskytovatel má písemně zpracovanou vnitřní organizační strukturu, ve které jsou stanovena oprávnění a povinnosti jednotlivých zaměstnanců;	ne
c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání a zaškolování nových zaměstnanců a fyzických osob, které nejsou v pracovně právním vztahu s poskytovatelem;	ne
d) Poskytovatel, pro kterého vykonávají činnost fyzické osoby, které nejsou s poskytovatelem v pracovně právním vztahu, má písemně zpracována vnitřní pravidla pro působení těchto osob při poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.	ne

Plnění kritérií uvedených v písmenech a) až d) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance.

10. Profesní rozvoj zaměstnanců

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel má písemně zpracován postup pro pravidelné hodnocení zaměstnanců, který obsahuje zejména stanovení, vývoj a naplňování osobních profesních cílů a potřeby další odborné kvalifikace;	ne
b) Poskytovatel má písemně zpracován program dalšího vzdělávání zaměstnanců;	ne
c) Poskytovatel má písemně zpracován systém výměny informací mezi zaměstnanci o poskytované sociální službě;	ne
d) Poskytovatel má písemně zpracován systém finančního a morálního oceňování zaměstnanců;	ne
e) Poskytovatel zajišťuje pro zaměstnance podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka.	ne

Plnění kritérií uvedených v písmenech c) a d) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance; kritéria uvedená v písmenech a) a b) se na tohoto poskytovatele vztahují přiměřeně.

11. Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby

Kritérium	Zásadní
Poskytovatel určuje místo a dobu poskytování sociální služby podle druhu sociální služby, okruhu osob, kterým je poskytována, a podle jejich potřeb.	ne

12. Informovanost o poskytované sociální službě

Kritérium	Zásadní
Poskytovatel má zpracován soubor informací o poskytované sociální službě, a to ve formě srozumitelné okruhu osob, kterým je služba určena.	ne

13. Prostředí a podmínky

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel zajišťuje materiální, technické a hygienické podmínky přiměřené druhu poskytované sociální služby a její kapacitě, okruhu osob a individuálně určeným potřebám osob;	ne
b) Poskytovatel poskytuje pobytové nebo ambulantní sociální služby v takovém prostředí, které je důstojné a odpovídá okruhu osob a jejich individuálně určeným potřebám.	ne

Plnění kritéria uvedeného v písmenu b) se nehodnotí u poskytovatele, který neposkytuje sociální služby v zařízení sociálních služeb.

14. Nouzové a havarijní situace

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel má písemně definovány nouzové a havarijní situace, které mohou nastat v souvislosti s poskytováním sociální služby, a postup při jejich řešení;	ne
b) Poskytovatel prokazatelně seznámí zaměstnance a osoby, kterým poskytuje sociální službu, s postupem při nouzových a havarijních situacích a vytváří podmínky, aby zaměstnanci a osoby byli schopni stanovené postupy použít;	ne
c) Poskytovatel vede dokumentaci o průběhu a řešení nouzových a havarijních situací.	ne

Plnění kritéria uvedeného v písmenu b) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance.

15. Zvyšování kvality sociální služby

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel průběžně kontroluje a hodnotí, zda je způsob poskytování sociální služby v souladu s definovaným posláním, cíli a zásadami sociální služby a osobními cíli jednotlivých osob;	ne
b) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zjišťování spokojenosti osob se způsobem poskytování sociální služby;	ne
c) Poskytovatel zapojuje do hodnocení poskytované sociální služby také zaměstnance a další zainteresované fyzické a právnické osoby;	ne
d) Poskytovatel využívá stížností na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby jako podnět pro rozvoj a zvyšování kvality sociální služby.	ne

Hodnocení plnění standardů kvality sociálních služeb

(dle vyhlášky, kterou provádí zákon o sociálních službách §38)

(1) Plnění standardů kvality sociálních služeb se hodnotí podle stupně splnění jednotlivých kritérií systémem bodového hodnocení, přičemž se za každé kritérium započtou

- a) 3 body, jestliže kritérium je splněno výborně,
- b) 2 body, jestliže kritérium je splněno dobře,
- c) 1 bod, jestliže kritérium je splněno dostatečně, nebo
- d) 0 bodů, jestliže kritérium není splněno.

(2) Standardy kvality sociálních služeb jsou uvedeny v příloze č. 2 k této vyhlášce.

(3) Poskytovatel sociálních služeb (dále jen „poskytovatel“)

a) splňuje standardy kvality sociálních služeb výborně, jestliže celkový počet bodů činí 90 až 100 % z maximálního celkového počtu bodů, kterého podle přílohy č. 2 může dosáhnout,

b) splňuje standardy kvality sociálních služeb dobře, jestliže celkový počet bodů činí 70 až 89 % z maximálního celkového počtu bodů, kterého podle přílohy č. 2 může dosáhnout,

c) splňuje standardy kvality sociálních služeb dostatečně, jestliže celkový počet bodů činí 50 až 69 % z maximálního dosažitelného celkového počtu bodů, kterého podle přílohy č. 2 může dosáhnout,

d) nesplňuje standardy kvality sociálních služeb, jestliže

1. některé z kritérií, které je označeno v příloze č. 2 jako zásadní, není hodnoceno počtem bodů podle odstavce 1 písm. a) nebo b), nebo

2. celkový počet bodů je nižší než 50 % z maximálního celkového počtu bodů, kterého podle přílohy č. 2 může dosáhnout.

Příloha 2

Průvodní dopis

V Příbrami, 9. března 2009

Dobrý den,

jsem studentkou 5. ročníku Pedagogické fakulty UK. Pod vedením PhDr. I. Strnadové, PhD. zpracovávám šetření týkající se odlehčovacích služeb poskytovaných rodinám dětí s mentálním postižením. Z tohoto důvodu se na Vás obracím s prosbou o vyplnění dotazníku, jehož cílem je zmapovat tuto problematiku z pohledu poskytovatele.

Výsledky šetření, které bude probíhat celorepublikově u všech registrovaných poskytovatelů Odlehčovací služby mající v péči klienty s mentálním postižením, budou anonymně zpracovány a na požádání Vám mohou být v průběhu dubna 2009 zaslány.

Dotazník obsahuje převážně polouzavřené otázky, a proto Vám jeho vyplnění nezabere více než 15 minut.

Děkuji za Vaši ochotu a spolupráci.

S pozdravem

Pavčina Vašková

(Příbram 6, Jánská 554, 261 01)

Příloha 3

Dotazník

Dotazník obsahuje 23 otázek. Pokyny ke každé z nich jsou uvedeny v závorce pod ní. Pokud zvolíte elektronickou formu zaslání vyplněného dotazníku, postupujte, prosím, při označování Vámi zvolených odpovědí například jednou z následující možností: podtržení, barevné označení či jiné zvýraznění zvolené odpovědi; ponechání pouze Vámi zvolené odpovědi a smazání ostatních variant. Případně si zvolte jiný způsob tak, aby pro Vás bylo vyplňování dotazníku co nejsnazší.

Po vyplnění celého dotazníku nezapomeňte, prosím, uložit a odeslat na adresu:

- papajta@seznam.cz

Pokud upřednostňujete poštovní korespondenci, zašlete dotazník na adresu:

- Pavlína Vašková, Jánská 554, Příbram 6, 261 01

Dotazník:

1) Poskytuje vaše zařízení odlehčovací službu dětem s mentálním postižením?

(označte jednu odpověď)

- ano
- ne

2) Kolik obyvatel má obec, ve které Vaše zařízení poskytuje svoje služby?

(označte jednu odpověď)

- do 10 000 obyvatel
- 10 000 až 50 000 obyvatel
- 50 000 až 100 000 obyvatel
- více než 100 000 obyvatel

3) Jaké věkové kategorie klientů jsou Vaše služby určeny?

(označte i více odpovědí)

- děti kojeneckého věku (do 1 roku)
- děti předškolního věku (1 -7 let)
- mladší děti (7-10 let)
- starší děti (11-15 let)
- dorost (16-18 let)
- mladí dospělí (19-26 let)
- dospělí (27-64 let)
- mladší senioři (65-80 let)
- starší senioři (nad 80 let)
- bez omezení věku
- jiné:

4) Poskytuje vaše zařízení odlehčovací služby i osobám s jiným postižením?

(označte jednu odpověď)

- ne
- ano - jmenujte konkrétní typ postižení:

5) Poskytuje Vaše zařízení odlehčovací službu i klientům bez postižení? (např. sourozenci klientů s postižením)

(označte jednu odpověď)

- ne
- ano - charakterizujte tuto skupinu klientů, popřípadě odůvodněte poskytování služeb těmto klientům:

6) Jakou formu odlehčovacích služeb Vaše zařízení nabízí?

(označte i více odpovědí)

- terénní služby
- ambulantní služby
- pobytové služby

7) Jaké další sociální služby Vaše zařízení poskytuje?

(označte i více odpovědí)

- sociální poradenství
- osobní asistence
- pečovatelská služba
- centrum denních služeb
- denní stacionář
- týdenní stacionář
- domovy pro osoby se zdravotním postižením
- domovy pro seniory
- domovy se zvláštním režimem
- chráněné bydlení
- raná péče
- azylový dům
- krizová pomoc
- sociálně aktivizační služba pro rodiny s dětmi
- sociálně aktivizační služba pro seniory a osoby se zdravotním postižením
- žádné
- jiné:

8) Kolik klientů odlehčovací služby běžně připadá na jednoho pracovníka přímé péče?

(doplňte odpověď)

9) Jaká je okamžitá kapacita Vašeho zařízení poskytujícího odlehčovací službu?

(doplňte odpověď)

10) Jste schopni z kapacitních důvodů uspokojit poptávku všech stávajících klientů i klientů z řad žadatelů o odlehčovací službu?

(označte jednu odpověď)

- ano
- ne
- jiné:

11) Domníváte se, že je nabídka odlehčovacích služeb pro děti s mentálním postižením ve Vašem kraji dostatečná?

(označte jednu odpověď)

- ano
- ne
- jiné:

12) S jakým časovým předstihem je nutné si odlehčovací službu ve vašem zařízení objednat?

(označte jednu odpověď)

- 1 den
- 2 až 3 dny
- 1 týden
- 1 měsíc
- jiné:

13) Je Vaše zařízení schopno poskytnout v krizových situacích klientů odlehčovací službu i bez jejího předchozího objednání?

(označte jednu odpověď)

- ano
- ne
- jiné:

14) Má každý klient odlehčovací služby určeného stálého asistenta?

(označte jednu odpověď)

- ano
- jen někteří
- ne, pracovníci se podle potřeby a možností u klientů střídají
- jiné:

15) Jaké speciální služby v rámci odlehčovací služby Vaše zařízení poskytuje?

(označte i více odpovědí)

- canisterapie
- muzikoterapie
- hypoterapie
- ergoterapie
- fyzioterapie
- arteterapie
- pobyt v psychorelaxační místnosti
- aktivity na pohybových léčebných strojích
- jiné:

16) Kterou z Vašich možností (vybavení, nabízené služby, dostupnost zařízení, cena za poskytované služby aj.) byste označili za významnou z hlediska rozhodnutí se klientů využívat právě Vaší odlehčovací službu?

(doplňte odpověď)

17) Kterou z Vašich možností naopak považujete za nedostačující, případně potřebující zkvalitnit?

(doplňte odpověď)

18) V jakých oblastech spolupracujete s rodinou klienta?

(označte i více odpovědí)

- **individuální plánování**
- shánění finančních prostředků
- sponzorství ze strany rodiny
- zapojení rodiny do aktivit zařízení - uveďte příklad:
- výpomoc ze strany rodiny - uveďte příklad:
- jiné:

19) Máte k dispozici dostačující odbornou osobní dokumentaci klientů (lékařské zprávy, odborné posudky aj.)?

(označte jednu odpověď)

- ano
- ano, ale ne vždy dostačující
- ano, ale nedostačující
- ano, ale nepovažujeme ji za důležitou
- ne, ale usilujeme o ni
- ne
- ne, nepovažujeme ji za důležitou
- jiné:

20) Spolupracujete v rámci odlehčovací služby s dalšími odborníky či jiným specializovaným zařízením?

(označte jednu odpověď)

- Ne
- Ano - jmenujte jednotlivé typy odborníků či zařízení, popřípadě charakterizujte oblasti vyžadující tuto spolupráci:

**21) Jak podle Vašeho mínění ovlivnil Zákon o sociálních službách č. 108/2006
Sb. kvalitu služeb v zařízeních poskytujících odlehčovací služby?**

(označte jednu odpověď)

- výrazně se zlepšila
- **spíše se zlepšila**
- **neovlivnil její kvalitu**
- spíše se zhoršila
- výrazně se zhoršila
- nevím

**22) Jakou konkrétní změnu vycházející z tohoto zákona považujete pro Vaše
zařízení za nejvýznamnější?**

(doplňte odpověď)

**23) Které z následujících oblastí pocítujete ve Vašem zařízení v rámci
odlehčovacích služeb jako nejproblematictější?**

(označte i více odpovědí)

- organizace odlehčovací služby
- nedostatečné finanční prostředky
- **nedostatečné vybavení pracoviště odlehčovací služby**
- nevyhovující odborná úroveň personálu
- nedostatečné personální zajištění služeb
- **sledování legislativních změn**
- nedostatečná informovanost možných zájemců o Vámi nabízené odlehčovací službě
- **nedostatečný zájem rodičů o spolupráci s Vaším zařízením**
- z kapacitních důvodů nemožnost vyhovět všem žadatelům o službu
- řešení stížností ze strany klientů
- řešení stížností ze strany zaměstnanců
- **jiné:**

Příloha 4

Seznam poskytovatelů odlehčovací služby s registrací k 9.3.2009:

Cílová skupina klientů: Děti 0 - 15 let s mentálním postižením

Název poskytovatele	Zařízení
Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR, klub Auxilium, o.s.	Centrum Auxilium, Bratří Havliců 97, Vsetín, 755 01 Vsetín 1
Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR Klub Hornomlýnská	Centrum Filipovka, Filipova 2013/3, Praha 11 - Chodov, 148 00 Praha 414
Benediktus	Občanské sdružení Benediktus, Klášterní 60, 583 01 Chotěboř
Centrum pro rodinu a sociální péči o.s.	Projekt Výzva - služba Respit, Syllabova 19, Zábřeh, 700 30 Ostrava 30
Centrum pro zdravotně postižené Libereckého kraje o.s.	Centrum pro zdravotně postižené Česká Lípa, Konopeova 812/2, Česká Lípa, 470 01 Česká Lípa 1
Centrum služeb pro zdravotně postižené Žatec o.s.	Denní stacionář Centra služeb pro zdravotně postižené Žatec o.s., Libočany 28, 439 75 Libočany
Centrum služeb Slunce všem, o.p.s.	Centrum služeb Slunce všem, o.p.s., Pražská 910, 273 51 Unhošť
Centrum sociálních služeb, příspěvková organizace	Domov pro osoby se zdravotním postižením - Tereza, Terezy Novákové 1947/62a, Řečkovice, 621 00 Brno 21
Centrum 83, poskytovatel sociálních služeb	Centrum 83, poskytovatel sociálních služeb, Havlíčkova 447, Mladá Boleslav II, 293 01 Mladá Boleslav 1
Dětský klíč Šumperk, o.p.s.	Klubovna dětského klíče, Lautnerova 920/1, Šumperk, 787 01 Šumperk 1
Diagnostický ústav sociální péče Černovice, příspěvková organizace	Diagnostický ústav sociální péče Černovice, příspěvková organizace, Dobešovská 1, Černovice, 394 94 Černovice u Tábora
Diagnostický ústav sociální péče v Tloskově	Diagnostický ústav sociální péče v Tloskově, Tloskov 2, 257 56 Neveklov
Diakonie ČCE - středisko Radost v Merklíně	Odlehčovací péče Radost, Merklín 194, 334 52 Merklín u Přeštic

Diecézní charita Brno	Betany Boskovice, Dukelská 708, 680 01 Boskovice
Domov pod Kuňkou	Domov pod Kuňkou, Ráby 162, 533 52 Staré Hradiště u Pardubic
Domov pro mne	Domov pro mne o.s., Kounicova 299/42, Brno-střed, Veverí, 602 00 Brno 2
Domov sociálních služeb Slatiňany	Domov sociálních služeb Slatiňany, Klášterní 795, 538 21 Slatiňany
Domov pro osoby se zdravotním postižením Ústí nad Labem, příspěvková organizace	Domov pro osoby se zdravotním postižením Severní Terasa, Svojsíkova 2733/52, Severní Terasa, 400 11 Ústí nad Labem 11
Farní charita Příbram	Farní charita Příbram, Náměstí T.G. Masaryka 1, Příbram I, 261 01 Příbram 1
G-centrum Tábor	Odlehčovací služby, Kpt. Jaroše 2958, Tábor, 390 03 Tábor 3
Charita Zábřeh	Charita Zábřeh - Středisko odlehčovacích služeb Zábřeh, Masarykovo náměstí 512/7, 789 01 Zábřeh
Kamarád - Lorm	Kamarád -Lorm, Zeyerova 859, Žatec, 438 01 Žatec 1
Krok, poskytovatel sociálních služeb	Krok, poskytovatel sociálních služeb, Kamýk nad Vltavou 140, 262 63 Kamýk nad Vltavou
Lomnická společnost přátel dětí zdravotně postižených	Odlehčovací služba Rváček, Rváčov 29, 512 51 Lomnice nad Popelkou
Máme otevřeno, o.s.	Máme otevřeno, o.s. - Asistenční služba, Hradešinská 2144/47, Praha 10 - Vinohrady, 101 00 Praha 101
Městský ústav sociálních služeb Chomutov, příspěvková organizace	Domov pro osoby se zdravotním postižením Školní pěšina, Školní pěšina 5249, Chomutov, 430 04 Chomutov 4
Náš svět, příspěvková organizace	Náš svět, příspěvková organizace, Pržno 239, 739 11 Frýdlant nad Ostravicí
Občanské sdružení Borůvka, Borovany	Občanské sdružení Borůvka, Borovany, Petra z Lindy 147, 373 12 Borovany
Občanské sdružení Cesta Náchod	Občanské sdružení Cesta Náchod - odlehčovací služba, Bartoňova 897, Náchod, 547 01 Náchod 1
Občanské sdružení volnočasových a terapeutických aktivit, Kaňka o.s.	Občanské sdružení volnočasových a terapeutických aktivit, Kaňka o.s., Helsinská 2731, Tábor, 390 05 Tábor 5

Rodinná pohoda, o.s.	Rodinná pohoda, o.s., Morávková 305/35, Dědice, 682 01 Vyškov 1
Sdružení rodičů a přátel Střediska DAR o.s.	Středisko DAR - DC Paprsek hl.m. Prahy, Alžírská 647/1, Praha 6 - Vokovice, 160 00 Praha 6
Slezská diakonie	Osobní asistence, pobočka Třinec, Frýdecká 136, Staré Město, 739 61 Třinec 1
Slezská diakonie	Osobní asistence, odlehčovací služby Karviná, Stavbařů 2199/32, Mizerov, 734 01 Karviná 4
Slezská diakonie	Osobní asistence, pobočka Jablunkov, Nádražní 74, 739 91 Jablunkov
Slezská diakonie	Osobní asistence, odlehčovací služby Český Těšín, Mánesova 537/25, Český Těšín, 737 01 Český Těšín
Slezská diakonie	Eliada, odlehčovací služby, Kamenná 195/21, Brno-střed, Štířice, 639 00 Brno 39
Slezská diakonie	Odlehčovací služby Eunika, Horova 654/4, Ráj, 734 01 Karviná 4
Slezská diakonie	Odlehčovací služby Salome, Nerudova 1041, Nový Bohmín, 735 81 Bohumín
Slezská diakonie	Lydie - odlehčovací služby, Třanovského 1758/10 Český Těšín, 737 01 Český Těšín
Služby sociální péče Tereza, příspěvková organizace	Služby sociální péče Tereza, příspěvková organizace, Benešov u Semil 143, 512 06 Benešov u Semil
Sociální služby města Havířova	Poradenské středisko pro rodinu a dítě „RaD“, Atriová 1297/5, Město, 736 01 Havířov 1
Sociální služby města Kroměříže, příspěvková organizace	Domov pro osoby se zdravotním postižením Barborka, Karla Čapka 3333/2, Kroměříž, 767 01 Kroměříž 1
Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice, o.s.	Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice, o.s., Pod Parkem 2788/2, Severní Terasa, 400 11 Ústí nad Labem 11
Správa zdravotních a sociálních služeb Cheb	Domov pro osoby se zdravotním postižením, týdenní a denní stacionář „Mája“, Dragounská 931/38, Cheb, 350 02 Cheb 2
Škola SPMP Modrý klíč	Škola SPMP Modrý klíč, Šmolková 567/2, Praha 12-Kamýk, 142 00 Praha411

Ústav sociální péče pro tělesně postiženou mládež v Brně - Králově poli	Ústav sociální péče pro tělesně postiženou mládež v Brně - Králově poli, Kociánka 93/2, Královo Pole, 612 00 Brno 12
Volno, Občanské sdružení pro pomoc rodinám dětí s postižením	Středisko respitní péče Volno, Rimavské Soboty 923, Kolín II, 280 02 Kolín 2
Zvoneček Bylany, poskytovatel sociálních služeb	Zvoneček Bylany, poskytovatel sociálních služeb, Pod malým vrchem 1378, 282 01 Český Brod

Příloha 5

Mapa ČR ilustrující zastoupení sledovaných poskytovatelů v jednotlivých krajích

