

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

**Transformace pobytových sociálních
služeb pro osoby se zdravotním
postižením na Mostecku, Lounsku
a Chomutovsku**

Jochmanová Miloslava DiS.

Katedra: Sociální práce
Vedoucí práce: Mgr. Eva Čenkovičová
Studijní program: B 75 08 Sociální práce
Studijní obor: 6141R030 Pastorační a sociální práce
Praha 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem „Transformace pobytových sociálních zařízení pro osoby se zdravotním postižením na Mostecku, Lounsku a Chomutovsku“ napsala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů.

Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna veřejnosti ke studijním účelům.

V Mostě dne 21. května 2012

Miloslava Jochmanová

Bibliografická citace

JOCHMANOVÁ Miloslava, Transformace pobytových sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením na Mostecku, Chomutovsku a Lounsku, Bakalářská práce, Praha, 2012, počet znaků 107 628 včetně mezer.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá tématem transformace sociálních pobytových služeb pro občany se zdravotním postižením.

V teoretické části se práce soustředí zejména na objasnění vzniku trendu změny ústavní péče v péči komunitní. Práci obohacuje právní pohled, který legitimuje celý proces transformace, dále filosofický pohled, který výrazně posiluje hodnotu člověka s postižením a pohled sociální politiky, který přináší řešení. Právo, filosofie, věda i sociální politika se shodují - je nutné umožnit člověku se zdravotním postižením žít v přirozeném prostředí, kde díky holistickému přístupu může dosáhnout vyššího stupně uzdravení. Holistický přístup je porovnán z hlediska sekulárního a biblického.

V praktické části lze nalézt vyhodnocení výzkumu zaměřeného na zmapování potřeby transformace sociálních pobytových služeb pro občany se zdravotním postižením na Mostecku, Lounsku a Chomutovsku a na lidské myšlení – zejména profesionálů v oboru – které celý proces transformace doprovází. Závěr práce a jednotlivé výzkumné části jsou spojeny s doporučeními možných řešení postupu transformace.

Klíčová slova

transformace, sociální služby, holistický pohled na člověka, komunita, ústav, osoba se zdravotním postižením, základní lidská práva

Annotation

This thesis deals with the transformation of social residential services for people with disabilities.

In the theoretical part, the work focuses mainly on clarifying the change from institutional care to community care. The thesis is enriched by legal perspective that legitimizes the process of transformation, by a philosophical view which significantly strengthens the value of people with disabilities and by social policy perspective that brings solution. The law, philosophy, science and social policy concur – it is necessary to enable a person with disabilities to live in their natural environment, where, thanks to a holistic approach he can achieve a higher degree of recovery. The holistic approach is compared in terms of secular and biblical.

The research in the practical part focuses on the mapping of social transformation needs of residential services for people with disabilities in the region Most, Louny and Chomutov and on human thought – especially of professionals in the field – which accompanies the process of transformation. The conclusion and evaluation research are associated with the recommendations of possible solutions for process transformation.

Keywords

Transformation, social services, a holistic view of man, community, institution, person with disabilities, basic human rights

Poděkování

Obraz příběhu, kdy Pán Ježíš Kristus uzdravil deset malomocných a čekal na jejich poděkování, protože to uznával jako projev uzdravení, ve mně právě při psaní této práce vyvolal prožitek důležitosti poděkování.

Jsou tři jména, která bych chtěla v souvislosti s touto prací na prvním místě zveřejnit. Eva Čenkovičová, Jan Klusáček, Maria Černá. Děkuji Evě, že zaštitila moji práci, přijala roli vedoucího a vnesla do teorie praktického ducha. Děkuji Janovi, že mě doslova přenesl přes úskalí výzkumu. Díky němu jsem vstoupila do neznámé oblasti výzkumných technik a překonala překážky tabulek a grafů. Jan mi byl také oporou při výběru tématu a napsání práce z hlediska své odbornosti. Maria připomínkovala moji práci po stránce jazykové, za což jí též patří poděkování.

Děkuji také mojí rodině – manželovi a dětem. Pomáhali mi nejen tím, že mi nechali prostor pro psaní, ale dokonce mě provázeli na mých výzkumných cestách do Krušných hor, kde jsme najeli spoustu kilometrů, abych mohla navštívit zařízení v Kovářské a ve Vejprtech.

Děkuji také panu Jiřímu Machovi, který mi jako klíčový pracovník pro transformaci v Ústeckém kraji, nahrál na rozhodnutí zabývat se myšlením pracovníků ohledně transformace.

Na závěr chci poděkovat Pánu Bohu. Děkuji mu, že jsem zdravá a že i moje děti jsou zdravé. Po návštěvách zařízení jsem ulehla na šest dní ve stavu blízkosti deprese a prázdnoty. Viděla jsem, jak na jedné straně lidé jen tak posedávají, leží a koukají se Pánu Bohu do oken a na druhé straně lidé, kteří se utíkají za mnohými věcmi, prožívají shon a užívají si. Dávala jsem si otázku, co je víc marné a kdo je opravdu nemocný?

Obsah

1. Úvod	9
2. Teoretická část	
2.1 Pojem transformace	13
2.2 Historie institucionální péče	16
2.3 Současnost a potřeba komunitní péče	18
2.3.1 Překážky a chybné modely transformace	19
2.4 Filosofický a vědecký přínos	20
2.4.1 Zdraví a holistický pohled na člověka	20
2.4.2 Biblický holismus	22
2.4.3 Srovnání sekulárního a biblického holismu	23
2.4.4 Komunitní péče umožňuje svobodnou volbu	25
2.4.5 První krok transformace je pochopení důležitosti svobodné volby a holistického přístupu	26
2.5 Legitimita procesu transformace	27
2.5.1 Právní normy	27
2.5.2 Jádro přínosu sociálního práva	29
2.5.3 Strategické dokumenty	31
2.6 Sociální politika umožňuje řešení transformačních změn	33
2.6.1 Subjekty odpovědné za transformaci	34
2.6.2 Transformace – soulad s evropským trendem	35

3. Praktická část	
3.1. Cíl výzkumu a stanovení základní výzkumné otázky	39
3.2. Výzkumný vzorek	41
3.3. Popis postupu práce – metoda výzkumu	42
3.4. Výsledná zjištění	45
3.4.1. Zmapování zařízení	45
3.4.2. Vyhodnocení transformačních kritérií	46
3.4.3. Vyhodnocení zajišťování lidských práv	47
3.4.4. Vyhodnocení přehledu investic	54
3.5. Výsledná zjištění – myšlení pracovníků zařízení	56
3.5.1. Zkoumání myšlenek pracovníků zařízení	56
3.6. Možnosti řešení	76
4. Závěr	81
5. Literatura	85
6. Přílohy	91
6.1. Příloha č. 1 – Dotazníky	91
6.2. Příloha č. 2 – Otázky pro polostrukturovaný rozhovor	93
6.3. Příloha č. 3 – Kritéria bodování důležitosti transformace	94
6.4. Příloha č. 4. - Společenské dění – tabulka č. 3	95
6.5. Příloha č. 5 - Záznamy z rozhovorů o myšlení pracovníků	97

1. Úvod

Transformace sociálních služeb je součástí procesu transformace sociální politiky ČR po listopadu 1989, kdy došlo ke změně politických poměrů, k budování demokratické společnosti a zavádění tržního hospodářství. Podle Krebse se jedná o změnu zásadního charakteru, a proto ji nelze uskutečnit v krátké době. Je to proces směřující nejen k nové podobě sociální politiky, ale také ke změně postojů, chování a hodnotových orientací lidí. V jádru je pak třeba věnovat maximální soustředěnou pozornost na člověka.¹

Oblast transformace sociálních služeb zahrnuje transformaci pobytových sociálních zařízení pro seniory, zdravotně postižené občany a děti v kojeneckých ústavech a dětských domovech. Je to stav, ve kterém se přechází od institucionální péče ke komunitní, kdy rozsáhlé komplexy budov pro velké množství uživatelů mají zanikat a zároveň se mají vytvářet menší komunitní centra pro občany tak, aby mohli vést aktivní život přiměřený jejich stavu.

Dnes v ČR existuje stále větší poptávka po institucionální péči. To však neukazuje na zájem způsobený kvalitou nabízené služby, ale spíše na neexistenci odpovídajících alternativních služeb v přirozeném prostředí. Charakteristika sociálních služeb v běžné komunitě tak, jak je nastavena evropskými zkušenostmi a popsána v Koncepci transformace,² je běžnému občanovi, ale i mnohým sociálním pracovníkům v ČR jen těžko představitelná. Chráněné bydlení s nízkým počtem uživatelů v jednom bytě, bydlení v běžné zástavbě, podpora běžných denních aktivit (práce, chráněné dílny) a kvalitního denního života (ekonomická nezávislost, respekt spoluobčanů) a využívání

¹ KREBS, *Sociální politika*, 102-6

² MPSV, *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb*, 12

dalších veřejných služeb, to je spíše budoucnost, ačkoliv první kroky umožněné zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách se už realizují.

V této práci bych se chtěla více zaměřit na transformaci sociálních pobytových služeb pro zdravotně postižené občany na Mostecku, Lounsku a Chomutovsku. Mám pro to hned několik důvodů. Jednak mě zajímá místní sociální politika a také mám několik přátel, kteří mají v rodině člověka závislého na pomoci další osoby. Tím hlavním důvodem je však vzpomínka na Olgu Havlovou, se kterou jsem se setkala během její návštěvy v Janovském ústavu sociální péče. Byla to právě ona, která v naší zemi po převratu iniciovala pomoc pro osoby se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním, aby se mohli co nejlépe zapojit do společnosti. Pro naplnění tohoto cíle založila Výbor dobré vůle. Olga Havlová byla motivována myšlenkami podpory a ochrany lidských práv, což je právě vrcholem všeho lidského snažení v této oblasti nejen v ČR, ale i v Evropě. Její činnost byla mediálně dost sledována. Od roku 1966, kdy zemřela, se tato oblast dost vzdálila popularitě ve spojení s politickými představiteli. Myslím si, že tato transformaci sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením dost uškodilo. Často jsem si kladla otázku, proč právě já jsem si s Olgou Havlovou podala ruku na území ústavu sociální péče v Janově. Také jsem vzpomínala na její radostný výraz při zjištění, že uživatelé mohou mít domácí zvířátko. Obraz sklánějící se Olgy ke kočičce na pokoji uživatele mi připomíná symbol přirozeného stavu života. Tento okamžik byl snad jediným světlým prožitkem při prohlídce ústavu. Přála bych všem lidem se zdravotním postižením, aby zasetý symbol radující se Olgy z domácího zvířátka v šedosti ústavu, prorážel cestu všem potřebným do přirozeného života.

Hlavním cílem této práce je zmapovat stav pobytových sociálních služeb pro občany s mentálním postižením na Mostecku, Lounsku a Chomutovsku, vzhledem k potřebě přechodu institucionální péče v péči komunitní. Výzkum se bude týkat zejména umístění ústavů a života lidí uvnitř ústavů ve vztahu k základním lidským právům – práva svobody, práva soukromí a práva žít společenský život. Dále se průzkum bude zabývat lidským myšlením pracovníků sociálních služeb, které změnu institucionální péče v péči komunitní doprovází.

Tato práce je pravděpodobnou odpovědí na setkání s Olgou Havlovou.

2. Teoretická část

2.1 Pojem transformace

Jak už bylo zmíněno v úvodu transformace sociální politiky a jejích dílčích úseků je dlouhodobý proces, který u nás byl zahájen po roku 1989. Cílem transformace je humanizace, individualizace a poskytování služby v přirozeném prostředí.³ K zásadním posunům nám posloužily modely transformací sociálních služeb západních zemí v Evropě, které ve svém vývoji měly předstih a také už pozitivní výsledky. Matoušek se zmiňuje, že převládajícím rysem sociální péče ve vyspělých zemích je humanizace, to jest ochrana hendikepovaného individua před necitlivou mašinérií starších způsobů péče, ať byly ústavní nebo ne.⁴ Podle Kloučkové je humanizace proces, který vede k proměně systémů péče a prostředí tak, aby naplňoval práva a potřeby uživatelů. Humanizace obsahuje změnu institucionální péče v komunitní.⁵

Instituce je místo, které slouží jako bydliště, v němž větší počet jedinců odříznutých od společnosti vede společně navenek uzavřený způsob života.⁶ Podle Matouška je sice funkcí ústavů podpora a péče, léčba, výchova a resocializace, ovšem s rizikem, že ústavní péče usnadňuje zneužívání a znesnadňuje kontrolu.⁷

Pobyt v instituci má na psychiku člověka negativní vliv. Výzkumů na toto téma si všímá K. Grunewald, který zdůrazňuje dva dopady - sociální deprivaci

³ MPSV, *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb*, 21

⁴ MATOUŠEK, *Ústavní péče*, 49

⁵ KLOUČKOVÁ, *Konference Sociální služby v Ústeckém kraji*, 10. 11. 2009

⁶ KLOUČKOVÁ, *Konference Sociální služby v Ústeckém kraji*, 10. 11. 2009

⁷ MATOUŠEK, *Ústavní péče*, 22-23

a naučenou bezmocnost.⁸ Průkopníci komunitní péče (King R. D., Raynes N. V. a Tizard J. - 1971) nachází další negativa – depersonalizace (odnětí osobního vlastnictví, znaků a symbolů vlastní jedinečnosti), rigidní rutina (pevný čas pro vstávání, jídlo a činnosti), paušalizované léčebné postupy (skupinové zacházení bez respektu soukromí) a sociální odstup. Gofman uvádí, že ve spojení s rutinními postupy, nudou a nedostatkem smysluplných aktivit se pak rozvíjí pasivní chování.⁹

Komunita je místo, které vede co nejvíce k přirozeným podmínkám podobných rodinnému soužití. Základem je orientace na potřeby klienta, posilování jeho schopností, partnerský přístup.¹⁰ V komunitě má člověk se zdravotním postižením přístup k životním podmínkám a každodenním činnostem, které jsou podobné takovým, ve kterých žijí běžní občané.¹¹

Lze uvažovat, že pro chod instituce je zapotřebí stanovit celou řadu pravidel tak, aby nevznikl v běžném provozu chaos. Uživatelé se pak těmto pravidlům musí podřizovat, a tak jsou často potlačovány jejich individuální potřeby, momentální emocionální prožívání a jejich vůle. Pokud by bydleli v menším zařízení v podobě domova, pak by jejich individuální potřeby mohly být častěji a hlouběji naplňovány a prostřednictvím svobodného rozhodování by se posilovalo jejich sebevědomí.

Přestěhování uživatele do komunity není jednoduchou a jednorázovou záležitostí, protože cílem není změna bydlení, ale začlenění jedince do

⁸ GRUNEWALD, *Pojednání k Evropskému roku lidí s postižením*, 4

⁹ ŠPIDLA, *Zpráva odborné skupiny*, 9

¹⁰ KLOUČKOVÁ, *Konference Sociální služby v Ústeckém kraji, 10. 11. 2009*

¹¹ GRUNEWALD, *Pojednání k Evropskému roku lidí s postižením*, 4

společnosti tak, aby jeho kapacita učení se byla využívána. Toho lze dosáhnout, pokud služby v komunitě fungují za určitých principů.¹²

- Služby v komunitě jsou centrovány na jedince, jsou šité na míru
- Je podporován rodinný a komunitní život (studie ukazují, že lepší výsledky jsou dosahovány s podporou rodin a zaměstnanců)
- Sociální model zdravotního postižení je přijatý
- Pomoc je adresována na všechny lidi s postižením tak, aby prožili kvalitní život
- Je třeba zajistit, aby tyto principy byly vyjádřeny v každodenní péči

¹² MANSELL, KNAPP, *Deinstitutionalisation and community living, Volume 2, 3*

2.2 Historie institucionální péče

Institucionální péče má svoje historické kořeny a tradici. Použití speciální budovy či místa pro lidi v nouzi je zaznamenáno už po roce 312 n. l. v souvislosti s vydáním ediktu milánského, který otevřel prostor pro činnost křesťanů a zamezil jejich pronásledování. Matoušek se zmiňuje o postupném budování zvláštních ústavů. Například ve 4. století vznikaly v Egyptě první křesťanské kláštery.¹³ Tak začala éra poskytování sociální pomoci nejen v domácím prostředí, na ulici, ale i v institucích.

Vývoj ideologie, oslabení moci církve a vznik industriálního kapitalismu kladl tlak na stát, aby převzal odpovědnost v poskytování sociální pomoci. Tomeš upozorňuje na vznik moderního pojetí sociálních a politických institucí díky filosofii osvícenství, která přinesla zajištění lidského práva na existenci a odklon od středověké představy Boha o poddanosti člověka.¹⁴ Jak popisuje Matoušek, docházelo v době vlády rakouského císaře Josefa II. k rušení klášterů a zavádění chudinských institucí – špitálů, sirotčinců, věznic, chudobinců a jiných specializovaných zařízení pro zdravotně postižené lidi.¹⁵

Charakter instituční péče byl podporován a vylepšován v evropských zemích až do 20. století. Se vznikem nových společenských věd a směrů filosofie (humanismus, existencialismus, komunitarismus) se začala krystalizovat **jedinečnost lidské existence**, která má hodnotu a právo na přijetí společností. Jedná se o rozměr **inkluzi**, ten je však protikladem **exkluzi**, kdy je o jedince sice dobře pečováno, ale tento jedinec je často ukrytý v ústavu na pokraji společnosti.

¹³ MATOUŠEK, *Základy sociální práce*, 87-88

¹⁴ TOMEŠ, *Sociální politika, teorie a mezinárodní zkušenost*, 34

¹⁵ MATOUŠEK, *Základy sociální práce*, 95

Komunistický charakter našeho státu se vyznačoval hlavně exkluzí. Celý systém se chtěl tvářit bezchybně, a tak vše, co sebou přinášelo sociální ohrožení, se zakrývalo. Za městy vznikaly celé komplexy budov, ve kterých žili a nežili lidé s různými hendikepy. Teprve po převratu se veřejnost mohla seznámit s lidmi s různým zdravotním postižením, kteří se postupně začali objevovat ve veřejných prostorech.

2.3 Současnost a potřeba komunitní péče

V České republice probíhá transformace sociálních pobytových služeb oproti zemím západní Evropy **se zpožděním**. Je jasné, že vzhledem k dědictví komplexů budov z dob komunismu bude dlouhá a nákladná. Překážkou je zejména postoj občanů a pracovníků v ústavech něco změnit. Lidé si zvykli na způsob instituční péče a přínos komunitní péče ještě do jejich vědomí nepronikl. Přesto nelze přehlédnout existenci nových forem sociálních služeb pro občany se zdravotním postižením (jejich obsah je rozepsán v oddílu 2.4.1) podporujících zejména domácí a komunitní péči. Postupným zavíráním ústavů by mělo alternativních sociálních služeb přibývat. V rámci pilotního projektu MPSV probíhá koncepce transformace 32 ústavů, což podpoří vznik komunit s alternativními službami (více oddíl 2.5.1).

Ke konci roku 2008 bylo v provozu 225 domovů pro osoby se zdravotním postižením (celková kapacita 15 113, počet uživatelů 14 604) a 150 domovů se zvláštním režimem (celková kapacita 7 396, počet uživatelů 7 016).¹⁶ Přestože mnohá zařízení pro lidi s postižením mají stále charakter ústavu, jsou podle zákona přejmenována na domovy.¹⁷

¹⁶ VÁVROVÁ, *Institucionalizace jako překážka sociální inkluze*, 67

¹⁷ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 48 a § 50

2.3.1 Překážky a chybné modely transformace

Koncepce transformace¹⁸ předpokládá tři překážky celého procesu - obavu z nedostatku financí, odpor k transformační změně a otázku využití stávajících zařízení, které jsou rozšířeny Kulichovou o byrokracii.¹⁹

E. Čenkovičová, jako zástupce neziskového sektoru, ze své dlouholeté praxe upozorňuje na nedostatečné podmínky pro vytváření nových forem komunitní péče (nedostatek malých zařízení, nepřipravenost rodin) a ekonomickou náročnost navazujících služeb (pečovatelsví, ošetřovatelsví, asistence, kdy současné příspěvky od státu nepostačují na komplexní zajištění těchto služeb.)²⁰ Dá se tomu z jiného úhlu pohledu rozumět tak, že popisovanou situaci vnímá jako překážku celého systému transformace sociálních služeb. To ovšem znamená, že nedostatečné finanční pokrytí potřebných nových forem péče nepřímo posiluje postavení stávajících institucí, jak se také zmiňují Šiška a Vránová ve zprávě pro evropskou studii.²¹

Chybné modely transformace:²²

Zlepšování fyzických podmínek v existujících ústavech; transformace jen části zařízení; budování malých zařízení na pozemku původní instituce; transformace instituce bez vytvoření služeb pro prevenci přijetí do instituce; budování komunitních služeb bez transformace služeb institucionálních.

¹⁸ MPSV, *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb*, 19

¹⁹ KULICHOVÁ, *Deinstitutionalizace v ČR, 3. Fórum poskytovatel'ov služieb*, 2. 2. 2011

²⁰ ČENKOVIČOVÁ, *Zápis z pracovního jednání*, 18. dubna 2012

²¹ ŠIŠKA, VRÁNOVÁ, *Deinstitutionalisation and community*, Volume 3, 82

²² KULICHOVÁ, *Deinstitutionalizace v ČR, 3. Fórum poskytovatel'ov služieb*, 2. 2. 2011

2.4 Filosofický a vědecký přínos

Není pochyb o tom, že náboženství a filosofie ovlivňovaly po celá staletí dění ve společnosti a samozřejmě také sociální péči. Významným přínosem pro oblast sociální péče se staly vědní disciplíny – psychologie, sociologie, pedagogika, právo a zdravotnictví. Tak, jako 19. století bylo vtipně pojmenováno stoletím páry, nápodobně lze pojmenovat 20. století stoletím vědních disciplín přinášejících vhled pro pomáhání člověku. Filosofie přišla s myšlenkou, že člověk má právo na existenci. Vědní disciplíny (zejména psychologické teorie) pak podpořily tuto myšlenku a dotáhly ji do rozměru práva na kvalitu života s možností sebevyjádření.

Sociologie potvrzuje, že lidé se rodí s rozdílným genetickým vybavením, rozmanitým intelektem do kontextu různých sociálních podmínek, které jsou rozdílné. Petrušek na toto téma poznamenává, že vyžaduje jistou dávku odvahy uznat, že to není spravedlivé. „Vrozená“ nerovnost je proto sociálním problémem.²³ Sociální stát se snaží o vyrovnání podmínek a příležitostí lidí s jakýmkoliv hendikepem. Pomoc pak je účinná tehdy, jestliže je zajištěna v biologickém, psychologickém, duchovním a sociálním systému.

2.4.1 Zdraví a holistický pohled na člověka

Tématu zdraví je dán značný prostor v dnešní sekulární společnosti a úsilí o jeho dosažení koresponduje s jeho základní definicí podle WHO. Zdraví je

²³ PETRUSEK, *Základy sociologie*, 49-50

stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.²⁴ V anglickém překladu (Health is state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease and infirmity) se pak objevuje slovo well-being, což v doslovném překladu znamená „dobré bytí“ nebo „mít se dobře“. V člověku je propojen systém fyzický, psychický a sociální, a proto „well-being“ se musí projevovat ve všech těchto částech. S. Bártlová navazuje na definici s tím, že nemoc stejně jako zdraví má bio-psycho-sociální základ. Nejen biologické a sociální faktory, ale především vzájemná interakce s lidským organismem a způsobem života člověka zapříčiňují nemoci.

„Stále více musíme mít na zřeteli lidskou potřebu optimálního rozvíjení a využívání všech pozitivních biologických, psychických a sociálních vlastností a schopností.“²⁵

L. Novosad ve svém přístupu k lidem se zdravotním znevýhodněním vychází ze sekulárního holistického pojetí zdraví, když píše, že nemoc je chápána jako projev disfunkční interakce mezi biologickými a psychickými funkcemi individua, přírodou a sociálním prostředím.

„Přínos holistického přístupu ke zdraví je zvýraznění potřeby kooperace mezi zdravotní péčí a sociálními službami, neboť ovlivňováním sociálních podmínek, v nichž člověk žije, můžeme posilovat ozdravný proces.“²⁶

Holistický pohled na člověka, který prezentují spolu s mnohými odborníky Novosad a Bártlová, by měl svým myšlenkovým obsahem prosadit, že lidem se

²⁴ BÁRTLOVÁ, *Vybrané kapitoly ze sociologie medicíny*, 20-23

²⁵ BÁRTLOVÁ, *Vybrané kapitoly ze sociologie medicíny*, 23

²⁶ NOVOSAD, *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*, 15

zdravotním znevýhodněním bude postaráno nejen o jejich tělesné a duševní blaho, ale také o to, aby žili uprostřed společnosti, měli vztahy a měli široké možnosti výběrů činností.

2.4.2 Biblický holismus

Biblický holismus oproti sekulárnímu přidává duchovní část a také spočívá v uznání lidské osoby jako celistvé osobnosti, jejíž všechny složky jsou sjednoceny a řádně fungují ku prospěchu celku.²⁷ Písmo nám představuje člověka, který je stvořen k Božímu obrazu (Gn 1,27). To znamená, že člověk má atributy, které vlastní sám Bůh - poznání, pocity a vůli. A protože člověk je podoben Bohu, **má hodnotu**, a to se týká i člověka s jakýmkoliv postižením. Lidská bytost je tělo (hmota), duše (osobnost) a duch (život s vědomím Boha).²⁸ V NZ tento pohled je podpořen Pavlovou antropologií²⁹: „*Sám Bůh pokoje, nechť vás cele posvěti a zachová vašeho ducha, duši i tělo bez úrazu a poskvrny do příchodu našeho Pána Ježíše Krista.*“ (1 Te 5,23).

Z biblického hlediska uzdravení zahrnuje celkovou obnovu člověka v univerzálním pojetí ve vztahu k Bohu. Člověk pak je hendikepovaný nejen pokud má zdravotní či psychické potíže, ale také sociální a duchovní. Š. Rucki poukazuje na lidi, kteří byli uzdraveni tělesně a ani se nepokusili vrátit k Ježíšovi, aby mu poděkovali (L17,11-19). V případě očistění deseti malomocných Ježíš očekává jejich návrat, když říká: „*Nebylo jich očištěno deset? Kde je těch devět? Nikdo z nich se nenašel, kdo by se vrátil a vzdal*

²⁷ PRUDY, *Systematická teologie*, 516

²⁸ BOICE, *Základy křesťanské víry*, 124-126

²⁹ LADD, *Teologie Nového zákona*, 160-163

Bohu chválu, než tento cizinec?“ Poté následuje důležité sdělení směrem k cizinci: „*Tvá víra tě zachránila.*“ Kraličtí překládají: „*Tvá víra tě uzdravila.*“ Překlad krále Jakuba říká: „*Tvá víra tě učinila celým.*“ Ježíš tak vyjadřuje zásadní rozdíl mezi očištěním a uzdravením. Deset jich bylo očištěno (uzdraveno fyzicky), ale pouze jeden byl uzdraven (duchovní a sociální obnova) vírou v Boha. Tu vyjádřil tím, že se vrátil k Bohu, aby mu poděkoval.³⁰ Skutek poděkování má rozměr nejen duchovní, ale i sociální.

2.4.3 Srovnání sekulárního a biblického holismu

Z výše uvedených autorských příspěvků lze udělat závěr, že sekulární i biblický holismus se shoduje v důležitosti rovnováhy fyzického, psychického a společenského systému za účelem uzdravení jedince. Biblický holismus navíc připojuje duchovní stránku – vztah s Bohem. Že je tento aspekt života velice důležitý zdůrazňuje Jaro Křivohlavý, když kritizuje definici zdraví, že opomíjí duchovní oblast člověka. Podle definice WHO by se mezi zdravé lidi řadil jak Hitler, tak dr. Albert Schweitzer. Duchovní oblast je třeba chápat jako sféru osobního zaměření hodnot a s tím souvisí respekt zdravých sociálních, politických a náboženských cílů.³¹ Podobně Viktor Frankl, zakladatel logoterapie, zaostřuje svoji vizi do duchovní roviny člověka, kde vidí prostor pro smysl. Frankl přežil pobyt v koncentračních táborech a smrt své rodiny díky tomu, že našel smysl života – pomáhat druhým k uzdravení. Podle Frankla je hledání smyslu základním kamenem psychického zdraví. Dnes se podle něj stále více lidí ocitá v existencionálním vakuu, bez smyslu života, práce, lásky,

³⁰ RUCKI, *Je někdo z vás nemocen*, 28-30

³¹ KŘIVOHLAVÝ, *Psychologie zdraví*, 38

smrti.³² Důležitým lidským projevem pak je rozhodování, které je hlavním procesem změny.³³

Teolog J. B. Green popisuje důležitost univerzálního přístupu dokonce s názorem, že lidé v dřívějších dobách smýšleli více holisticky, kdežto dnes lidé přemýšlí o nemoci pouze tělesným způsobem.³⁴ Je třeba zaměřit se na člověka ze všech stran a umožnit mu nejen péči o tělo, duši a ducha, ale také mu zajistit sociální vztahy a dostupné činnosti, které hendikepovanému člověku **nabízejí dostatečný prostor k uzdravení.**

Příklad ze života: Maminka 15letého dítěte se zdravotním postižením (středně těžká mentální retardace) se podílela na radosti svého syna, který miluje stíny stromů a návštěvy botanických zahrad. Syn komunikuje tím, že vydává emočně laděné zvuky. Při návštěvě botanické zahrady byl tak emočně naladěn, že výskal a zvuk jeho hlasu byl libý a se stoupající tóninou na konci. Maminka pro něj plánuje další výlet. Tento chlapec navštěvuje také školu. Když přijde do třídy, tak vydává radostné zvuky a potleskává si. Pozitivně tak naladí celou třídu. Chlapec má ovšem štěstí, že je v domácí péči, a proto má na výběr hodně možností, jak nalézt smysl života, jak relaxovat, jak objevovat krásu přírody a mít láskyplné vztahy. Maminka udává, že se její dítě v průběhu vývoje stále nově projevuje, což považuje za zlepšení zdravotního stavu.

³² PROCHASKA, NORCROSS, *Psychoterapeutické systémy*, 103

³³ PROCHASKA, NORCROSS, *Psychoterapeutické systémy*, 105

³⁴ GREEN, Healing, in: *New dictionary of biblical theology*, 537

2.4.4 Komunitní péče umožňuje svobodnou volbu

Výsledky vědeckých poznatků o lidském chování ukazují na důležitost **uznání individuální svobodné volby**. Za mnohé autory lze zmínit E. Lukasovou, která píše, že každý člověk má ve svém nitru oblast – prostor volby, v němž může činit vlastní rozhodnutí nezávisle na minulosti. Uvnitř tohoto prostoru lze mnohé obrátit k dobrému.³⁵ Všeobecně se hovoří o „jemném determinismu“, kdy se nepřeceňuje ani příčina hendikepu ani možnost klientovy svobodné volby.³⁶ **V tomto ohledu je třeba pamatovat na hendikepované, uvědomit si, že i tito lidé potřebují na prvním místě svobodnou volbu.**

Je to právě komunitní péče, která jim umožní rozhodovat se, co vlastně chtějí. V ústavní péči se musí podřizovat více pravidlům, kolektivismu, a to jim znemožňuje vyjadřovat jejich vůli v širším rozsahu. Teprve v podmínkách komunity bude lidem se zdravotním postižením rozšířena svoboda - svobodná vůle. Tato svobodná vůle byla dána lidem jako součást lidského bytí. Bible se zmiňuje o stvoření člověka a o široké možnosti výběrů činností a jednoho omezení.³⁷ Také psychologie podporuje uzdravení lidské vůle za účelem děláni dobrých životních rozhodnutí vyvolávajících konkrétní činnost směřovanou k jasnému cíli. V ústavní péči se lidé nejen musí podřizovat pravidlům, ale prožívají celou řadu vnějších omezení a nemohou příliš vyjádřit svoji vůli. Protože lidé se zdravotním postižením jsou už vnitřně omezeni v různém

³⁵ LUKASOVÁ, *Logoterapie ve výchově*, 66-76

³⁶ MATOUŠEK, *Základy sociální práce*, 78

³⁷ BIBLE, Český ekumenický překlad, Genesis, 23-24

rozsahu, je zapotřebí citlivého přístupu tak, aby nebyli omezováni i z vnějšku – tedy prostředím. Komunita vzhledem k horizontálnímu a partnerskému přístupu, flexibilitě a dohodě tento citlivý přístup umožňuje.³⁸

2.4.5 První krok transformace je pochopení důležitosti svobodné volby a holistického přístupu

Přemýšlet o nemoci jen jako o fyzickém hendikepu přináší omezení pro lidi se zdravotním postižením a zavírá je do ústavů. **První krok transformace je změna myšlení o základních potřebách člověka s postižením.** Z tohoto důvodu byla věnována v této práci pozornost tématu zdraví, holistickému přístupu a důležitosti uznání individuální svobodné volby každého jedince.

³⁸ KLOUČKOVÁ, *Konference sociální služby v Ústeckém kraji*, 10. 11. 2009

2.5 Legitimita procesu transformace

Celý proces transformace se stává legitimním díky právním normám. Sociální právo umožňuje stav k lepšímu, když aplikuje Listinu základních práv a svobod do roviny života občanů s postižením.

2.5.1 Právní normy

Právní nárok pomáhání potřebným občanům v České republice se odvíjí v souladu s právem. Sociálně právní ochrana občanů je zajištěna širokým spektrem právních norem, avšak pro účely této práce je třeba uvést následující právní normy:

- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
- Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách
- Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (ÚPOP)
- Listina základních práv a svobod

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je z hlediska historie pokrokový, protože umožňuje péči nejen v domácím prostředí, ale i možnosti vytváření nových alternativ v rámci komunitní péče. Hlavním účelem tohoto zákona je chránit práva a oprávněné zájmy lidí, kteří to z nějakého důvodu (zdravotní postižení, stáří apod.) nemohou sami dělat. Podle Vránové a Šišky tento zákon zavádí přímé platby za poskytnutí služby, což umožňuje jednotlivcům nákup služby podle svého výběru. Jeho cílem je přeměnit

centralizované plánování a poskytování služeb do konkurenčního systému a podpořit růst komunitních služeb. Jedná se o deinstitucionalizaci všech služeb. Nový model péče vyžaduje individuální posouzení situace klienta.³⁹

Zákon o sociálních službách zahrnuje tři základní oblasti sociálních služeb: Sociální poradenství (základní a odborné poradenství), služby sociální péče (vedou ke zlepšení fyzické a psychické soběstačnosti), služby sociální prevence (zamezují sociálnímu vyloučení).

Občané se zdravotním postižením pak využívají všechny tři oblasti. Nejčastěji však sociální poradenství (základní i odborné) a služby sociální péče (osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním pojištěním, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení), služby sociální prevence (raná péče, tlumočnické služby, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi a pro osoby se zdravotním postižením).

Zákon dále upravuje:

- **základní formy poskytovaných služeb** (pobytové, ambulantní, terénní)
- **kvalitu sociálních služeb** pomocí standardů kvality, jejichž obsah a bodové hodnocení jsou stanoveny prováděcím právním předpisem, **vyhláškou č. 505/2006 Sb.**
- předpoklady pro **odbornou způsobilost** pracovníků

³⁹ ŠIŠKA, VRÁNOVÁ, *Deinstitutionalisation and community*, Volume 3, 82

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením

Ratifikační proces ÚPOP byl v ČR ukončen v září 2009, ÚPOP, článek 19 uvádí:⁴⁰

„Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, uznávají rovné právo všech osob se zdravotním postižením žít v rámci společností, s možnostmi volby na rovnoprávném základě s ostatními, a přijmou účinná a odpovídající opatření, aby osobám se zdravotním postižením usnadnily plné užívání tohoto práva a jejich plné začlenění a zapojení do společnosti, mimo jiné tím, že zajistí: aby a) osoby se zdravotním postižením měly možnost si zvolit, na rovnoprávném základě s ostatními, místo pobytu, kde a s kým budou žít a nebyli nuceni žít ve specifickém prostředí, ...“

2.5.2 Jádro přínosu sociálního práva

Součástí ústavního pořádku české republiky je Listina základních práv a svobod – ústavní zákon č. 2/1993 Sb. Ta vyjmenovává základní práva a svobody zaručené fyzickým osobám a občanům, mezi něž se například řadí právo na právní subjektivitu, právo na život, právo na nedotknutelnost osoby a jejího soukromí, právo na osobní svobodu, právo na lidskou důstojnost, osobní čest, dobrou pověst, právo na svobodu pohybu a pobytu.⁴¹

Dalo by se polemizovat o tom, do jaké míry jsou tato práva zajišťována člověku v přirozeném prostředí, například právo svobody. J. J. Rousseau sice přišel s myšlenkou, že každý člověk se rodí svobodný a nikdo si ho nemůže podmanit, pokud by on sám nechtěl, ale vzhledem k tomu, že se člověk musí vždy v určité míře podřizovat řádu v rodině, ve státě, v univerzu, tak nelze uvažovat o tom, že by tato svoboda byla absolutní. Svoboda člověka bude vždy

⁴⁰ ŠIŠKA, *Reflexe deinstitucionalizace*, 61

⁴¹ Listina základních práv a svobod

v určitém prostředí omezována. Ovšem při pohledu na člověka se zdravotním postižením umístěného do ústavu je jasnější, že je více spoután. **Z tohoto důvodu mu v dnešní postmoderní společnosti přichází výrazně na pomoc právní systém.** Jednotlivá práva z Listiny základních práv a svobod jsou aplikována v sociálně-právním odvětví – zejména v zákonu o sociálních službách a v jeho prováděcí vyhlášce nastavující standardy kvality sociálních služeb (15 standardů), a to tak, aby byla v co nejvyšší míře podporována základní lidská práva občanů, tedy i občanů se zdravotním postižením. Transformace pobytových služeb pak sleduje hlavní cíl, aby člověk s postižením žil v přirozeném prostředí jako ostatní lidé, čímž dojde k naplnění jeho základních práv. J. Šiška, jako odborník speciální pedagogiky potvrzuje, že život v komunitě je předmětem lidských práv.⁴²

Nejdůležitější standardy pro záměr transformace zohledňující základní lidská práva jsou (humanizace):

Standard č. 1 - zdůrazňuje uplatnění vlastní vůle uživatele.

Standard č. 2 – zajišťuje ochranu základních lidských práv a svobod v souladu Listinou základních práv a svobod. Tento standard je považován za klíčový pro fungování sociální služby v demokratickém duchu.⁴³

Standard č. 5 - individuální plánování průběhu sociální služby. Zajišťuje poskytování služby na základě potřeb, osobních cílů a přání uživatele. Tak se respektuje jeho vůle, přání, zdroje

⁴² ŠIŠKA, *Reflexe deinstitucionalizace*, 62

⁴³ SOKOL, TREFILOVÁ, *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních*, 237

Výše uvedené propojení (transformace, standardů a základních lidských práv) je smysl humanizace a pokynem pro akci, což dokládá i zájem bývalého ombudsmana. JUDr. Otakar Motejl uveřejnil v roce 2009 zprávu z návštěv domovů pro osoby se zdravotním postižením, kde sleduje, jak jsou dodržována práva uživatelů služeb garantovaná zákonem o sociálních službách a na základě výsledného zjištění **doporučuje transformaci** velkých zařízení a přesunutí i pobytových sociálních služeb do komunity. Jako nutnost vidí naplnění legitimacy zákonem formulovaných požadavků tak, aby počet personálu odpovídal počtu uživatelů, aby se zlepšily materiální podmínky i prostor pro osobní soukromí a snížil se počet uživatelů na jednom pracovišti.⁴⁴

2.5.3 Strategické dokumenty

Legislativa České republiky jako člena EU se v oblasti transformace sociálních služeb reflektuje s doporučením EU v souladu s Lisabonskou smlouvou. Realizace práce v oblasti transformace sociálních služeb je v souladu s těmito dokumenty:⁴⁵

- Národní rozvojový plán pro období 2007-2013
- Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné druhy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele

⁴⁴ MOTEJL, *Zpráva z návštěv*, 89

⁴⁵ MPSV, *Podpora transformace sociálních služeb*

a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti, přijatá dne 21. února 2007 usnesením vlády ČR (dále jen Koncepce podpory).

- Národní akční plán sociálního začleňování 2008 - 2010

Koncepce podpory navrhuje:⁴⁶

- Zkvalitňování životních podmínek obyvatelů pobytových zařízení
- Podporu poskytovatelů sociálních služeb
- Podporu naplňování lidských práv uživatelů pobytových služeb
- Vytvoření systému spolupráce mezi aktéry procesu transformace
- Zvýšení informovanosti o procesu změn v institucionální péči

⁴⁶ MPSV, *Podpora transformace na národní úrovni*

2.6 Sociální politika umožňuje řešení transformačních změn

K příliš velkým změnám by nedošlo, pokud by celý proces změny institucionální péče v péči komunitní nebyl iniciován sociální politikou ČR, která díky svým nástrojům (nástroje právní, ekonomické) a funkcím (funkce ochranná, rozdělovací, homogenizační, stimulační a preventivní)⁴⁷ může z nadhledu vše koordinovat. Stát jako hlavní subjekt sociální politiky pak disponuje rozhodovacími, realizačními, donucovacími a kontrolními mechanismy⁴⁸ a dále je ve své činnosti ovlivňován nejen filosofií, vědeckými disciplínami a výsledky výzkumů, ale i zkušenostmi z evropských států. Česká republika je členem Evropského společenství, a má tedy určité závazky zohledňovat doporučení evropské sociální politiky stran péče o lidi se zdravotním postižením.

Tomeš udává, že předmětem sociální politiky jsou sociální události, které člověk neumí zvládnout vlastními silami, a proto je sociální subjekt připraven mu pomoci zmírnit nebo odstranit jejich příčiny, následky a průvodní jevy.⁴⁹ Člověk se zdravotním postižením pak je objektem sociální politiky, který potřebuje sociální ochranu státu, protože on sám nemá dostatek sil hájit svoje práva a zvládnout náročné životní situace.

⁴⁷ KREBS, *Sociální politika*, 57-66

⁴⁸ KLUSÁČEK, Jan, *Sociální události, přednáška na ETS Praha*, 6. 11. 2012

⁴⁹ TOMEŠ, *Sociální politika*, 93-95

2.6.1 Subjekty odpovědné za transformaci

Zastřešujícím subjektem je Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV), které **v rámci procesu „Podpora transformace sociálních služeb“** směřuje k cíli zajistit komplexní systém podpory transformace služeb sociální péče⁵⁰ a spolupracuje s dalšími subjekty:

- Národní centrum podpory transformace sociálních služeb
- Ministerstvo školství ČR
- Krajské a obecní úřady
- Neziskové organizace

Národní centrum podpory transformace sociálních služeb spadá pod MPSV a vzniklo v roce 2010 jako součást projektu podpora transformace sociálních služeb s hlavním cílem pilotního ověření realizace transformace na úrovni vybraných 32 zařízení. Spolupracuje s regiony, kde zaměstnává 13 regionálních pracovníků. Zajišťuje organizačně a technicky proces transformace, dále vzdělávací programy a public relations. Podílí se na tvorbě systémových nástrojů procesu transformace.⁵¹

Ministerstvo pro místní rozvoj ČR je řídicím orgánem **Integrovaného operačního programu /IOP/** v oblasti sociální integrace, kde hlavním cílem je investiční podpora procesu a zavádění jednotného přístupu v transformaci pobytových sociálních služeb (domácnosti uživatelů, zázemí pro ambulantní služby a denní programy, zázemí pro terénní služby, zázemí pro management, humanizace – investice do změny velkokapacitních zařízení) na projekty.⁵²

⁵⁰ MPSV, *Podpora transformace sociálních služeb*

⁵¹ MPSV, Národní centrum, *Zpráva o procesu podpory transformace za rok 2010*, 6-22

⁵² KULICHOVÁ, *Deinstitucionalizace v ČR*, 3. Fórum poskytovatel'ov služieb, 2. 2. 2011

Obecní a krajské úřady nejsou jen zřizovatelé pobytových zařízení pro občany se zdravotním postižením,⁵³ ale také koordinátoři zajišťování sociálních služeb pomocí střednědobých plánů sociálních služeb a komunitního plánování a poskytovatelé sociálních služeb.

Neziskové organizace poskytují zejména terénní a ambulantní služby,⁵⁴ dále vyvíjejí aktivitu v rámci komunitního plánování, v jehož rámci mají konkrétní možnosti rozšiřovat sociální služby podle potřeb regionu.

2.6.2 Transformace – soulad s evropským trendem

Potůček popsal vývoj evropské sociální politiky a zaznamenal, že rok 1989 přinesl vyvrcholení činnosti Evropského společenství o sociální dimenzi. *Charta Evropského společenství o základních sociálních právech pracovníků* zaručuje zdravotně postiženým vytváření podmínek pro jejich sociální a profesionální integraci.⁵⁵ Evropská unie v rámci lisabonského procesu podporuje cíl služeb pro osoby se zdravotním postižením chápány jako poskytování flexibilního rozsahu pomoci a prostředků, které budou sestavené a upravené podle potřeby a dostupné, aby lidé s postižením žili život tak, jak chtějí, ale s podporou a ochranou tak, jak potřebují. Tento přístup se označuje jako „podporované bydlení“.⁵⁶

Oblast změny institucionální péče v komunitní si vyžádala ustanovení týmu nezávislých odborníků Evropského společenství, v jehož čele stál komisař V. Špidla. Postup práce se odrážel od práva lidí se zdravotním postižením **prožít**

⁵³ SOKOL, TREFILOVÁ, *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních*, 41

⁵⁴ SOKOL, TREFILOVÁ, *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních*, 41

⁵⁵ POTŮČEK, *Sociální politika*, 113

⁵⁶ MANSELL, KNAPP, *Deinstitutionalisation and community living, Volume 2, 1-2*

kvalitní společenský život, a to je možné, dle jejich zprávy, pouze v komunitních zařízeních nebo doma.⁵⁷

Evropská odborná komise udává hlavní doporučení členskými státem v přechodu od institucionální péče na péči komunitní a návrhy jejich řešení:⁵⁸

1. Neinvestovat do současných institucionálních zařízení
2. Vytvářet paralelní služby v rovnováze s uzavíráním institucí tak, aby jejich počet byl přiměřený a zaměřený na individuální potřeby jedince v komunitě

Z výše uvedených úkolů vyplývají tato pravidla přechodu ke komunitní péči:

- Respektování práv uživatelů
- Prevence institucionalizace
- Vytváření komunitních služeb
- Uzavírání institucí
- Omezení investic do stávajících institucí
- Rozvoj lidských zdrojů
- Efektivní využití zdrojů
- Zvyšování informovanosti
- Celostní přístup

Doporučení Evropské komise má svoji váhu, neboť je shrnutím dlouholetého bádání a práce nadšených průkopníků v této oblasti. J. Mansell, zakladatel Tizardova centra při univerzitě v Kentu, ve svém příspěvku o mezinárodní perspektivě deinstitucionalizace píše, že Tizardův Brookland experiment v roce 1960 jako jeden z prvních pokusů prokázal, že je možné starat se o lidi s mentálním postižením v menší komunitě. Výsledky výzkumů

⁵⁷ ŠPIDLA, *Zpráva odborné skupiny* 10

⁵⁸ ŠPIDLA, *Zpráva odborné skupiny*, 15-20

a pilotních projektů v Anglii (Tizard J., Raynes N. V., King R. D. a další) ve Švédsku (Grunewald 1974) a v USA (1985) přesvědčili představitele politických stran o nezbytnosti změny institucionální péče v péči komunitní.

Mansell v článku popisuje také stav deinstitucionalizace ve světě v roce 2005 s tím, že Švédsko a Norsko jsou země, kde instituce jsou zcela nahrazeny komunitním bydlením. V Severní Americe, Velké Británii a Austrálii, byl učiněn velký pokrok, avšak je třeba pokračovat v dokončování procesu. V zemích jako je Belgie, Nizozemsko, Německo, Španělsko, Řecko se komunitní služby začaly rozvíjet, avšak stále dominují institucionální modely.

Mansell poukazuje i na novější výzkumy s tím, že výsledky ukázaly, že podpora bydlení dosahuje lepších výsledků než malé instituce a malé instituce dosahují lepších výsledků než velké instituce. Nejdůležitějším klíčovým faktorem pak jsou zaměstnanci, kteří umožňují uživatelům zapojit se do smysluplné aktivity a vztahů. Tento fakt přispívá i k tomu, že některé velké instituce vykazují dobré výsledky.⁵⁹

V závěru svého článku Mansell udává, že v zemích, které došly v procesu nejdál, se vykrystalizoval kontext služeb:

- Růst tržních přístupů v rozvoji služeb (platí důraz na „hodnotu za své peníze“ a na možnost volby služby)
- De-diferenciace - zvláštní režimy pro vyučování lidí s postižením byly nahrazeny obecnými
- Změnil se pohled na postižení, který zdůrazňuje práva a posílení⁶⁰

⁵⁹ MANSELL, *Deinstitutionalisation and community living*, 1-5

⁶⁰ MANSELL, *Deinstitutionalisation and community living*, 6

3. Praktická část

3.1 Cíl výzkumu a stanovení základní výzkumné otázky

Cílem této práce bylo zmapovat stav pobytových sociálních služeb pro občany se zdravotním postižením na Mostecku, Lounsku a Chomutovsku vzhledem k potřebě přechodu institucionální péče v péči komunitní. Výzkumné šetření se zaměřilo zejména na umístění ústavů a život lidí uvnitř ústavů ve vztahu naplňování základních lidských práv – práva svobody, práva na společenský život, práva na soukromí. Dále se výzkum zajímal o oblast lidského myšlení pracovníků v sociálních službách, které změnu institucionální péče v péči komunitní doprovází. Výzkum byl proveden formou návštěv ústavů, dotazníků a rozhovorů.

Základní výzkumná otázka:

1. Jak naléhavá je potřeba změny ústavní péče v péči komunitní v ústavech pro lidi s postižením na Mostecku, Chomutovsku a Lounsku vůči existenci lidského práva na svobodu, práva na soukromí a práva žít společenský život vzhledem k provozované realitě?

Předpoklad: V ústavech není možné zajistit základní práva uživatelů služeb – zejména právo na svobodu, soukromí a společenský život.

Další výzkumné otázky:

1. Dodržují se doporučení neinvestovat do budov a nerealizovat náhradní řešení transformace pobytových sociálních služeb uvnitř ústavů?

Předpoklad: Doporučení neinvestovat do oprav budov se nedodrží.

1. Jak přemýšlí vedení/zaměstnanci ústavů o potřebě změny ústavní péče v péči komunitní?

Předpoklad: Myšlení pracovníků v zařízeních je spjato s podporou ústavní péče.

3.2 Výzkumný vzorek - zařízení sociální péče pro osoby s postižením na Mostecku

Výzkumným vzorkem jsou ústavy či domovy (dále jen zařízení) péče pro zdravotně postižené občany, které jsou uvedené na registru sociálních služeb MPSV. Pro účely výzkumu jsem si vybrala zařízení, jejichž péče je zaměřena na lidi s mentálním postižením a psychickým onemocněním.

Jedná se o tato zařízení:

Domov pro osoby se zdravotním postižením Kadaň (DSS Kadaň)⁶¹

Domov pro osoby se zdravotním postižením Kovářská

Domov bez zámků Tuchořice

Ústav sociální péče Nová Ves v Horách

Domov pro osoby se zdravotním postižením Zátíší – Janov (DSS Litvínov)⁶²

Domov pro osoby se zdravotním postižením Husova, Vejprty (MSSS Vejprty)⁶³

Domov se zvláštním režimem Krakonoš (MSSS Vejprty)

Domov pro osoby se zdravotním postižením Kavkaz A (MSSS Vejprty)

Domov pro osoby se zdravotním postižením Kavkaz B (MSSS Vejprty)

⁶¹ Domovy sociálních služeb Kadaň a Maštov

⁶² Domovy sociálních služeb Litvínov

⁶³ Městská správa sociálních služeb Vejprty

3.3 Popis postupu práce – metoda výzkumu

Pro potřebu zmapování současného stavu poskytování sociální péče v ústavech a zjištění lidského uvažování, jsem využila následující možnosti:

- z registru poskytovatelů sociálních služeb jsem vyhledala pobytové služby pro osoby se zdravotním postižením na Mostecku
- osobně jsem navštívila uvedené ústavy, kde jsem si očividně mohla ověřit stav budov a vzdálenost ústavů od centra společenského dění
- setkala jsem se se zástupcem Ústeckého kraje, který jako vedoucí oddělení má ve své kompetenci transformaci sociálně pobytových služeb
- formou polostrukturovaného rozhovoru jsem hovořila s řediteli ústavů a dalšími zaměstnanci o jejich postojích k transformaci
- využila jsem dotazníkovou metodu za účelem zjištění stanovených otázek výzkumu.
- Polostrukturovaných rozhovorů se účastnilo celkem 12 respondentů (3 ředitelé, 6 vedoucích úseků a 3 sociální pracovníci). Na dotazníky odpovídala kontaktní osoba pověřená ředitelem zařízení.

Metody:

1/ Zmapování zařízení formou jejich navštívení a použití dotazníků

Ukazatele dotazníků⁶⁴ byly vybrány podle toho, jak je nastavují právní předpisy - zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, a která v příloze č. 2 definuje obsahy 15 standardů kvality sociálních služeb,⁶⁵ dále na základě doporučení neinvestovat do oprav budov ústavů.

Je třeba podotknout, že v žádném případě nešlo o kontrolu dodržování kvality poskytovaných sociálních služeb v ústavech, ale pouze o sledování daných ukazatelů za účelem zjištění stavu zařízení z hlediska vhodnosti jeho transformace. To, jak jsou dodržována práva uživatelů služeb, nebylo třeba hluboce zkoumat dlouhým seznamem otázek, neboť základní informace o kapacitě a počtu lůžek na pokoji už vypovídají o jejich charakteru.

2/ Kvalitativní výzkum formou polostrukturovaného rozhovoru

K rozhovorům jsem přistupovala s předem vytvořenou strukturou otázek,⁶⁶ které mě zajímaly. Zároveň jsem se snažila co nejméně ovlivňovat respondenta svým poznáním, a zachovat tak přirozený průběh rozhovoru.

Některé otázky byly na místě rozšířeny doplňujícími otázkami, neboť respondent neporozuměl otázce, nebo odpovídal příliš stručně, nebo vnesl nějaký zajímavý podnět či příběh k tématu.

⁶⁴ Příloha č. 1, 91

⁶⁵ SOKOL, TREFILOVÁ, *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních*, 232

⁶⁶ Příloha č. 2, 93

V průběhu výzkumu jsem si uvědomila, že daleko zajímavější a přínosnější byly právě rozhovory o transformaci. Zde jsem mohla využít své pastorační dovednosti naslouchání, a tedy nejen slyšet co pracovníci vyjadřují, ale i to, co ke své práci a ke svým klientům cítí. Obsah jejich slov ve vztahu k pracovnímu nasazení mi vypovídal o jejich opravdovosti a vydanosti pomáhat. Z jejich strany jsem vnímala zájem popsat mi upřímně jejich práci, přesvědčit mě, že ústavy nejsou tak špatné, jak se to teď hodně propaguje, a to vše dokládali příběhy z praxe. K porozumění správnosti jejich odpovědí jsem využívala zpětnou vazbu.

Mile mě překvapilo, že ve většině zařízení jsem byla vlídně přijata, což se projevilo i v možnosti prohlídek zařízení.

3.4 Výsledná zjištění

Tabulka č. 1 – základní údaje o zařízeních

zařízení	kapacita	zřizovatel	Dostupnost společenského života	Stav budovy	Párové soužití	Průměr lůžka / pokoj
Janov	130	Ústecký kraj	za městem	dobrý	ano	2,41
Kavkaz B	39	Město Vejprty	Zástavba na okraji	špatný	ano	3,55
Husova	70	město Vejprty	okraj města	dobrý	ne	4,12
Kavkaz A	34	město Vejprty	Zástavba na okraji	špatný	ano	3,09
Krakonoš	68	město Vejprty	okraj města	dobrý	ano	4,0
Kovářská	55	obec Kovářská	zástavba	dobrý	ano	3,66
Kadaň 1	35	Ústecký kraj	centrum	dobrý	ano	3,18
Kadaň 2	30	Ústecký kraj	centrum	špatný	ano	3,75
Nová Ves	50	Ústecký kraj	zástavba	dobrý		2,0
Tuchořice	60	Ústecký kraj	zástavba	dobrý	ano	1,87

3.4.1 Zmapování zařízení

Tabulka č. 1 mapuje navštívená zařízení, kdy v pěti zařízeních je zřizovatelem Ústecký kraj, čtyřem zařízením město Vejprty a jednomu zařízení obec Kovářská. V dostupnosti společenského života jsou na tom nejlépe dvě zařízení v Kadani a nejhůře zařízení Janov – Zátíší. Celkový průměr počtu

lůžek na pokoj ve sledovaném regionu je 3,16. Na výši tohoto koeficientu mají vliv zejména zařízení ve Vejprtech a Kovářské.

3.4.2 Vyhodnocení transformačních kritérií

Tabulka č. 2 - hodnocení transformačních kritérií

název ústavu	dostupnost společenského dění (1-3)	stav budovy (1-3)	lůžka/1 pokoj (1-3)	množství lidí/místo (1-3)	celkem	celkem dostupnost váha 2
Janov	3	1	2	3	9	12
Kavkaz B	2	3	3	2	10	12
Husova	2	1	3	2	8	10
Kavkaz A	2	3	3	2	10	12
Krakonoš	2	1	3	2	8	10
Kovářská	2	2	3	2	9	11
Kadaň 1	1	1	3	1	6	7
Kadaň 2	1	3	3	1	8	9
Nová Ves	2	1	2	2	7	9
Tuchořice	2	1	1	2	6	8

- kritéria pro bodování jsou součástí přílohy č. 3⁶⁷

Na hlavní cíl výzkumu reaguje tabulka č. 2. Výsledné údaje určují pořadí důležitosti uskutečnění transformace. Na základě zjištění **doporučuji transformaci následujících zařízení:**

Domov pro osoby se zdravotním postižením Janov - Zátíší

Domov pro osoby se zdravotním postižením Kavkaz A (MSSS Vejprty)

Domov pro osoby se zdravotním postižením Kavkaz B (MSSS Vejprty)

Domov pro osoby se zdravotním postižením Kovářská

Domov pro osoby se zdravotním postižením Husova, (MSSS Vejprty)

Domov se zvláštním režimem Krakonoš (MSSS Vejprty)

⁶⁷ Příloha č. 3, 94

Z tabulky je patrné, že Janov má zvýšený počet bodů vzhledem k nedostupnosti a kapacitě, zařízení Kavkaz A/B vzhledem ke stavu budovy a kapacitě. Zařízení ve Vejprtech a Kovářské jsou charakterizována vysokým počtem lůžek na pokoji.

Důležitost transformace je určena dostupností, stavem budovy, počtem lůžek na pokoji, kapacitou. Dostupnost společenského života byla hlavním transformačním kritériem, a proto na ni byla dána dvojnásobná váha. Je vhodné upozornit, že výsledky zjištění nebyly ovlivněny ukazateli kvality péče, kvality metod, dobrým vedením a láskyplným pečujícím přístupem k uživatelům, což je další rozměr poskytování služeb v zařízeních, který lze zkoumat. Tato práce se tímto rozměrem nezabývala, avšak při návštěvách zařízení nešlo přehlédnout, že jmenované ukazatele se v atmosféře zařízení v různé míře projevovaly. V tomto ohledu na mě obzvlášť zapůsobilo zařízení v Janově.

3.4.3 Vyhodnocení zajišťování lidských práv

Výsledky výzkumu podhalují zajišťování základních lidských práv. Vzhledem k dostupnosti společenského dění, počtu lůžek na pokoji, množství lidí na jednom místě a některým společenským omezením uvnitř zařízení je jasné, že práva na soukromí a společenský život nemohou být prožívána v plné míře. Co se týče práva na svobodu, bylo zjištěno, že nastavené metody v zařízeních se maximálně snaží dopřát svým obyvatelům dostatek svobody zejména v oblastech volného pohybu a autonomie vůle. Tato zjištění je třeba v následujícím rozboru podrobněji obhájit.

Právo na svobodu

Pro ohledání tohoto pole byly sledovány **možnosti volného pohybu a možnosti se rozhodovat** (vychází z tabulky č. 3).⁶⁸

Tabulka č. 3 ukazuje na možnosti volného pohybu, kdy uživatelé mohou zůstat na pokoji v době organizovaných činností, mohou jít na vycházku dle individuální potřeby nebo nakupovat. Příznivěji jsou okolnosti nastaveny uživatelům s lehkým stupněm postižení, neboť mají volnost pohybu téměř neomezenou. Uživatelé s těžším stupněm postižení jsou odkázáni na doprovod personálu nebo určeného doprovodu, a to je vždy bude omezovat, jestliže kvalita péče se neprojeví v dostatečném počtu personálu. Toto tvrzení dokládají výpovědi 6 respondentů, kteří uznali omezení v následujících činnostech:

- Vycházka dle individuální potřeby - 6x s omezením
- Plánování činnosti na 2. den - 4x s omezením
- Plánování činnosti na další týden – 1x s omezením
- Nakupování bez doprovodu – 3x s omezením

Omezení se rozumí:

Individuální vycházka – omezeno zdravotně, časem a přítomností personálu

Individuální nákupy – omezeno zdravotně, časem a přítomností personálu

Individuální plánování potřeb na další den či týden – záleží na klíčových pracovnících

S volností pohybu souvisí také autonomie vůle, kdy uživatelé mají možnosti se rozhodovat, vybírat si terapie a činnosti, rozhodovat se na základě momentálních fyziologických a psychologických potřeb jít nebo nejít na

⁶⁸ Příloha č. 4, 95

vycházku, výlet nebo nákup, či zůstat na pokoji. Uživatelé mají také možnost vyjádřit svoje přání, potřeby v plánování činnosti na druhý den a následující týden či měsíc. Jak se zajišťuje individuální plánování, nebylo předmětem zjišťování, avšak respondenti sami zdůrazňovali, že činnosti se plánují na míru uživatelů, často také uživatelé přicházejí sami a říkají, co by chtěli.

Opět lze konstatovat, že s uživateli s lehčím stupněm postižení lze lépe komunikovat a otevírat jim možnosti sebevyjádření. Jeden z respondentů měl odvalu říci, že u uživatelů s těžším stupněm postižení nelze zjistit, co vlastně chtějí. Toto je velká výzva pro celou oblast pomáhání lidem s těžším stupněm postižení. Hledat kde jsou rezervy, jaké jsou metody práce tak, aby tito lidé žili kvalitněji, aby jim bylo lépe. Je známo, že jsou schopni vyjádřit, co chtějí, libými či nelibými pocity.

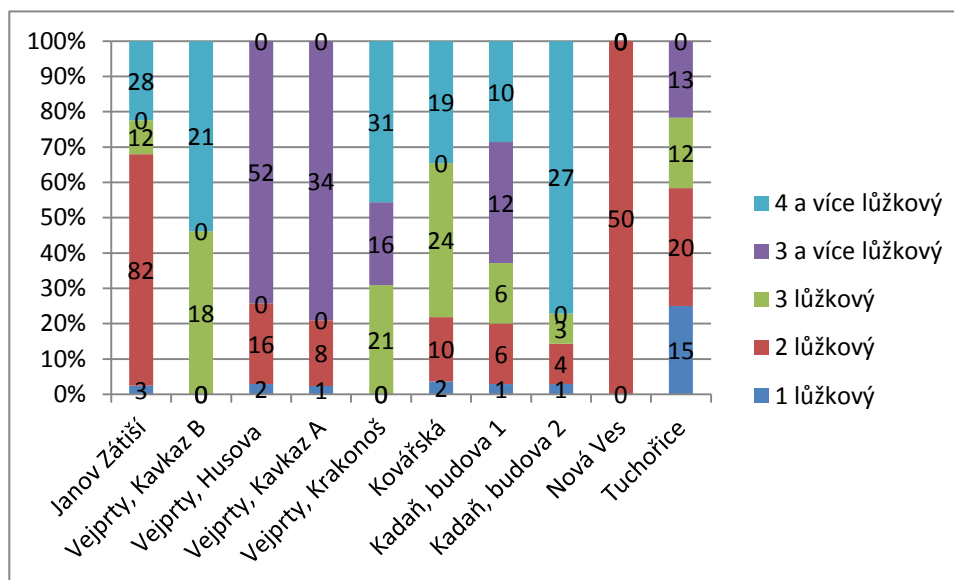
Právo na soukromí

Na místě šetření bylo shledáno, že se zařízení snaží o zajištění soukromí, a to formou soukromého zamykatelného prostoru, vlastního oblečení a zamykáním pokojů. Co však závažně narušuje naplňování tohoto práva je stav mnohalůžkových pokojů (viz graf) a společné toalety a koupelny na patře ve většině zařízení. Soukromé toalety a koupelny jsou pouze u bytových jednotek, které byly paradoxně vystavěny jako řešení nápodoby transformace.

Tuchořice a Nová Ves dopadly nejlépe, zde průměr počtu lůžek na pokoj není vyšší jak 2,00. Nejhůře skončila zařízení ve Vejprtech (Kavkaz A, Kavkaz B, Husova, Krakonoš), kdy jejich průměr počtu lůžek na pokoj je 3,70. Tento výsledek svědčí o vnitřní politice přijímat zájemce o službu a nesnižovat kapacitu. Otázka je pro další šetření, co je k tomu vede, když se dnes

doporučuje snižovat počet lůžek na pokoji? Procento počtu dvojlůžkových pokojů v Janově je vysoké, avšak důvodem snížení průměru jsou čtyř a více lůžkové pokoje pro 28 uživatelů se zdravotním postižením.

Graf č. 1 – počty lůžek na pokojích v procentech



Doporučuji za účelem naplnění práva na soukromí snižovat kapacitu, zřizovat jednolůžkové a dvojlůžkové pokoje, dále rušit čtyř a více lůžkové pokoje.

Osobní pohled

Výše uvedené údaje vycházejí z objektivních čísel, avšak je třeba přidat i subjektivní pohled, který mě provázal po návštěvě zařízení, kdy na mě působila všeobecná atmosféra. Ačkoliv je v Janově kapacita 130 lůžek, jedná se o rozlehlé zařízení s širokými chodbami, kterými při procházení a střetávání se s uživateli je zachována jakási osobní zóna. Tato osobní zóna však byla

doslova stísněna při prohlídce Krakonoše. Sice jsem obdivovala krásné pokoje, na chodbách jsem však narážela na postávající a pomalu chodící postavy lidí. Společné prostory byly plné, pokoje prázdné. Obdobné v menším měřítku to bylo i v Kovářské. Dobře na mě zapůsobil domov v Kadani i přes velký počet lůžek na pokoji, který svým stavebním řešením připomínal vilu pro velkou rodinu, kde má každý svůj osobní prostor a přesto žijí všichni pohromadě.

Cestu do Vejprt jsem si zopakovala za účelem prohlídky okolí kolem Kavkazu A/ B. Překvapilo mě, že na malé zahradě se nacházelo velké množství žen, což z vrchní cesty dělalo dojem „hlava na hlavě“. Tento dojem potvrdili i ostatní členové posádky. S přihlédnutím k výsledkům výzkumného šetření a očividnému obrazu velkého množství lidí pohromadě **vidím řešení v transformaci** zařízení Kavkaz A/B. Vzhledem k tomu, že tato zařízení spadají pod město Vejprty a ne pod Ústecký kraj, který je nakloněný transformaci, je třeba hledat cestu jednání s odpovědnými zástupci. Aktivita a pracovní nasazení personálu na mě působily dobrým dojmem, vše navíc umocnilo i vřelé přijetí. Na tomto místě jsem se cítila skutečně přijata a mám důvod aplikovat toto přijetí do vztahu personál – uživatel.

Právo na společenský život

Společenský život je uskutečňovaný v rámci zařízení, ale také směrem do centra dění. Ve většině zařízení je vytvářen prostor pro vztahy, kolektivní život, zábavu, kulturu, terapie, výlety, avšak spojení s běžným životem je povahou zařízení omezeno. Vzdálenost zařízení (od možností širokého spektra nákupu, samostatné návštěvy lékaře, kultury, restaurací, rodiny, pracovních příležitostí apod.) vzhledem ke zdravotnímu stavu jednotlivců neumožňuje individuální řešení s přihlédnutím k nedostatku personálu, tím blokuje široký rozměr práva na společenský život.

Lépe jsou na tom uživatelé s lehčí formou postižení, neboť ti mohou opustit zařízení na základě své individuální potřeby, avšak uživatelé s těžší formou postižení jsou závislí na personálu, jehož počet nemůže vyhovět jejich individuálním žádostem. Musí tak se svojí potřebou počkat na příchod personálu, nebo plánovanou cestu vykonat v následujících dnech.

Z tabulky č. 3⁶⁹ zaměřené na společenský život zjišťujeme, že v jednom (Husova) z desíti zařízení není možnost párového života a ve čtyřech zařízeních nespí muži a ženy ve vedlejších pokojích. Důvodem je charakter zařízení, kdy dvě (Kavkaz B, Husova) jsou určena pro muže a jedno pro ženy (Kavkaz A), avšak Kavkaz B/A se nachází v blízkém sousedství, a tak může docházet k párovému namlouvání a popřípadě umístění páru do chráněného bydlení. V Janově nespí muži a ženy ve vedlejších pokojích z důvodu užívání společných hygienických místností na patře.

Partnerství včetně sexuality je podstatou společenského života. Novosad píše, že je třeba vytvořit vhodné prostředí pro párové soužití a prostřednictvím výchovy vytvářet hranice přijatelného chování, pravidel koexistence žen a mužů a hygienických zásad, protože sexualita mentálně postižených je v souladu s tělesným vývojem, oproti vývoji duševnímu.⁷⁰

Bývalý ombudsman O. Motejl upozorňuje na nebezpečí homosexuality, neboť uživatelé nemají svobodnou volbu, s kým budou prožívat svou sexualitu, a proto **důrazně doporučuje** do „homogenních“ zařízení přijímat osoby opačného pohlaví.⁷¹

⁶⁹ Příloha č. 4, 95

⁷⁰ NOVOSAD, *Poradenství*, 57

⁷¹ MOTEJL, *Zpráva z návštěv*, 12

Tímto došlo k posouzení dodržování práva na společenský život pouze obecně. Teprve po individuálním sezení s uživateli a zjištění jejich osobních společenských potřeb lze dojít k hlubším závěrům, neboť prožívání společenství se odvíjí od osobitosti jedince. Tak někteří budou více milovat město s množstvím obyvatel, jiní vesnici a sousedy, se kterými se zastaví a prohodí pár slov, někteří budou trávit čas na náměstích center, jiní v lesích a na loukách.

Zařízení typu ústavní péče, i když mají dobré vedení, metody, snahy, individuální plánování, nemohou nahradit „přirozené prostředí typu domova“ odpovídající konkrétním potřebám uživatelů, ať už ve městě či na vesnici, „přirozené prostředí“ s malým počtem uživatelů, „přirozené prostředí“ automaticky nastavující práva na svobodu, soukromý život a společenský život. **Řešením je** integrace a zavádění komunitního bydlení.

Předpoklad, že v ústavech není možné zajistit základní práva uživatelů služeb – zejména práva na svobodu, soukromí a společenský život, se vzhledem k výsledným zjištěním naplnil jen v určité míře. Nejlépe je prožíváno právo svobody zejména u uživatelů s lehkým stupněm postižení, nejhůře právo na soukromí vzhledem k vysokému počtu lůžek na pokojích. Právo na společenský život je omezeno zejména nedostupností společenského dění.

3.4.4 Vyhodnocení přehledu investic

Přehled o stavebních investicích podle tabulky č. 4 vypovídá **v souladu s předpokladem**, že zařízení mají snahy opravovat budovy, přestavovat pokoje a příslušenství i přes doporučení neinvestovat. Přijatelná je pouze rekonstrukce budov v Kadani vzhledem k nízké kapacitě a dostupnosti centra.

Tabulka č. 4 – přehled stavebních investic

zařízení	rok výstavby	investice	kdy bylo investováno	do čeho bylo investováno	investiční plány
Janov	1982	ano	2006 2009	55 mil celková rekonstrukce + byty	ne
Kavkaz B	1928	ne		jen opravy	ne
Husova	1971	v rámci oprav	od r. 2009	podlahy, štuky, obklad	ano průběžně
Kavkaz A	1928	ne			ne
Krakonoš	1926	v rámci oprav	2006	4 mil celková rekonstrukce	ano, úprava okolí
Kovářská	1930	ano	2011	1 mil úprava pokojů a příslušenství + typ bytů	ano, ale jen z fondu oprav
Kadaň 1	50 léta	ano	2005	celková rekonstrukce	ne
Kadaň 2	50 léta	ne			ano/investice z kraje
Nová Ves	1930	ano	2007	14 mil přístavba + rekonstrukce	ano půdní byty
Tuchořice	14. století	ano	od 2006 2007	průběžné rekonstrukce + přestavba bytů	ano oprava fasády

Z transformačních kritérií vyplynulo, že zařízení v Janově je kandidátem na transformaci (kapacita a nedostupnost), a tedy vůči rozsahu rekonstrukce a výši nákladů zde nastává velký rozpor. Tento rozpor lze umírnit pouze tím, že rekonstrukce probíhala v roce 2006, kdy ještě nebyla schválena Koncepce transformace. Opravené budovy jsou břemenem při rozhodování se do vstupu procesu transformace nejen pro Janov, ale i pro mnohá další zařízení v ČR.

Ve třech případech (Janov, Kovářská, Tuchořice) se ukázala snaha vést uživatele k samostatnosti formou bytového bydlení, což je také v rozporu s doporučením nezlepšovat fyzické podmínky v zařízeních a nesnažit se napodobit částečnou transformaci.

Nedoporučuji pokračovat v rekonstrukcích u zařízení - Kavkaz A, Kavkaz B, Kovářská. Vedení těchto zařízení by mělo zvážit jejich transformaci. Dále **nedoporučuji zlepšovat** fyzické podmínky v zařízeních za účelem napodobování smyslu transformace. Důvody k tomuto doporučení jsou rozepsány v následující kapitole 3.5.1. (69-70) zkoumání myšlenek pracovníků zařízení.

3.5 Výsledná zjištění – myšlení pracovníků zařízení

Vyhodnocení myšlení jsem pojala v tom smyslu, že jsem shromáždila jednotlivé výpovědi pracovníků ke konkrétní otázce. Tak jsem vytvořila celek o čtyřech částech, kde každá část má 12 výpovědí a vše umístila do přílohy. Z každé jednotlivé části jsem vytáhla nejen myšlenky proti transformaci, ale i ty pozitivní. Jednotlivé myšlenky jsem zkoumala pomocí literatury - nakolik jsou závažné, zaujala k nim postoj a hledala možné řešení.

3.5.1 Zkoumání myšlenek pracovníků zařízení

1/ Co si myslí vedení/zaměstnanci o transformaci sociálně pobytových služeb?
--

a/ Transformace je vhodná u starých budov a zařízení s velkou kapacitou.

Ano, souhlasím s tímto návrhem, neboť je logický tím, že staré budovy by se neměly opravovat, peníze na investice se ušetří a použijí v transformaci. Podobně zařízení s velkou kapacitou jsou z hlediska práva na soukromí nevhodné, neboť je soustředěno příliš mnoho lidí na jednom místě.

b/ Transformace je vhodná pro uživatele s lehčím postižením, už není vhodná pro ty s nejtěžším postižením. Ústavy budou pro lidi s těžkým postižením vždy důležité.

Celkem 7 respondentů vyjádřilo různými slovy tuto myšlenku, proto je dobré více se zastavit u tohoto tématu.

Míra schopností žít samostatně vzhledem ke zdravotnímu postižení je hodně odlišná. Protože navštívená zařízení poskytovala služby zejména lidem s mentální retardací a Downovým syndromem, je třeba na základě odborné literatury popsat odlišnosti co do hloubky postižení:⁷²

Lehká mentální retardace – lze dosáhnout určité samostatnosti

Středně těžká mentální retardace – myšlení předškolního dítěte, potřeba trvalého dohledu, schopnost sebeobsluhy, osvojení návyků a dovedností

Těžká mentální retardace – závislost na péči jiných, schopnost zvládnout základní úkony sebeobsluhy, uvažování na úrovni batolete, často kombinované a zdravotní postižení

Hluboká mentální retardace – kombinované a zdravotní postižení, schopnost vyjadřovat libost či nelibost, kompletní závislost na péči

M. Vágnerová upozorňuje, že mentálně retardovaný jedinec má stejné základní psychické potřeby jako jiní lidé. Čím více je člověk závažněji postižen, tím více je závislejší na saturaci svých potřeb. Konkrétní potřeby jsou: potřeba stimulace, potřeba učení, potřeba citové jistoty a bezpečí, potřeba seberealizace, potřeba životní perspektivy.⁷³

Domnívám se, že právě v komunitě, kde bude méně uživatelů, bude možné více uspokojovat výše uvedené potřeby jedince s hlubokým postižením. Také

⁷² VÁGNEROVÁ, *Psychopatologie pro pomáhající profese*, 301-2

⁷³ VÁGNEROVÁ, *Psychopatologie pro pomáhající profese*, 295-6

doporučení Evropské komise zaujímá podobný postoj, když upomíná, že se integrace týká i závažnějších případů – imobilních občanů.⁷⁴

Řešení může být variabilní, buď lze postavit bydlení pro menší počet uživatelů s hlubokým postižením a v místě jim zajistit kvalitní péči, nebo lze soustředit na jedno místo uživatele s různými stupni postižení v menším počtu. Součástí transformace je pak také vznik služeb, a ty musí odpovídat stupni postižení. Dobrým příkladem může být Domov v Kadani, kde je sice 35 uživatelů služby, avšak uspořádání jednotlivých místností a soužití lidí s různým stupněm postižení od 3 let neomezeně zanechá dojem rodinného soužití.

Řešení je popsáno i v odborné literatuře. A. Kushlick se zmiňuje, že problém pečování o osoby s hlubokou a středně těžkou mentální retardací musí být posuzován v relaci pečování v jejich vlastním domově. Pomoc lze zajistit podle něj v komunitě umístěné blízko rodiny a zároveň poblíž nemocnice. Kushlick klade důraz na dostupnost nemocnice z důvodu zajištění odborného personálu jako nejdůležitější části vybavenosti komunitní péče. Autor zohledňuje rodinu, která z vědeckých a uznaných důvodů není schopna zajistit péči, a tudíž služba komunitního typu v dosahu je jí velkou pomocí.⁷⁵

Medicínský model léčby pro uvedenou cílovou skupinu není vhodný, protože sebou nese riziko, že jednotlivec bude nazván pacientem a bude se na něj hledět skrze diagnózu.⁷⁶

⁷⁴ ŠPIDLA, *Zpráva odborné skupiny*, 15-16

⁷⁵ KUSHLICK, *The need for residential care*, 307

⁷⁶ ŠPIDLA, *Zpráva odborné skupiny*, 9

c/ Transformace bude stát hodně peněz, musel by se zvýšit počet personálu.

Plán přesunu by měl zohlednit aktuální rozpočet zařízení určeného k uzavření s tím, že tyto prostředky budou přesunuty do nových služeb. Dále je třeba zvážit vyžadované investice na zařízení nových služeb a trvalé provozní náklady nových služeb, včetně finančních požadavků na přechodnou dobu, kdy už bude běžet nové zařízení a staré ještě neukončilo činnost.⁷⁷ Předběžně lze provést analýzu nákladů, avšak finance by neměly být motivem změny.⁷⁸

J. Šiška vychází z analýzy mezi náklady, potřebami a výstupy, která podpořila ekonomický argument pro přechod ke komunitní službě, když zjistila následující:⁷⁹

„V dobrém systému služeb jsou náklady na podporu lidí s těžším postižením zpravidla vysoké, ať tito lidé žijí kdekoliv (v ústavu, či využívají služeb v rámci komunity). Nelze proto předpokládat, že náklady na službu poskytovanou v rámci komunitního modelu budou nižší. Stejně tak levné ústavní služby skoro vždy přinášejí nekvalitní péči. Neexistuje důkaz, podle kterého jsou modely péče v rámci komunity nákladnější.“

d/ Není pravda, že doma musí být člověku lépe. V ústavu má všestrannou péči. Starší rodiče ztrácí sílu, potřebují služby, ale ty nejsou. Někteří rodiče si nechají dítě doma kvůli příspěvku a nestarají se o něj všestranným způsobem, jako to je u nás v domově.

⁷⁷ MULHEIR, BROWNE, *Deinstitucionalizace a transformace*, 69

⁷⁸ MULHEIR, BROWNE, *Deinstitucionalizace a transformace*, 69

⁷⁹ ŠÍŠKA, *Reflexe deinstitucionalizace*, 63

Po rozhovoru s tímto respondentem jsem si uvědomila, že *nic není černobílé*. Je reálné, že péče poskytovaná v domácím prostředí nemusí být vždy kvalitní ve srovnání s péčí v ústavu. Záleží na lidském faktoru, který má tendenci selhat v jakémkoliv prostředí – v prostředí rodiny, ústavu, ale i komunity. Pokud ovšem profesionální faktor selže, pak v komunitě je to díky státním kontrolním mechanismům snadněji odhalitelné než v ústavu. Podobně přemýšlí i Matoušek o ústavní péči, jak je zmíněno v kapitole 2.1.

Téma „domácí péče kvůli finančním příspěvkům“ je dnes aktuální v souvislosti s transformací kojeneckých ústavů. Domnívám se, že tuto choulostivou záležitost je třeba po právní stránce dotáhnout do konce tak, aby nedocházelo k zneužití této možnosti. Může se skutečně stát, že rodina bude pobírat příspěvek na osobu závislou na péči a nebude ji vytvářet kvalitní stimulační prostředí a nebude se ptát na její potřeby.

Odborníci potvrzují, že existují vážné důvody, kdy se rodina nemůže starat o dítě s mentální retardací. Podle Tizarda to jsou: zjištění, že dítě ve které rodiče skládali naděje do budoucna, ji není schopno naplnit, pečování o dítě je náročné, děje se tak na úkor zvládnutí domácnosti a výchovy dalších dětí, rodiče nemají dostatek zkušeností, nastávají konflikty s přáteli, příbuznými a dalšími pomáhajícími atd.⁸⁰

e/ Transformace nedoporučuji u lidí, kteří zestárli v ústavu, jsou tam celý život.

⁸⁰ KUSHLICK, *The need for residential care*, 307

Tento argument považuji za velice závažný a přiznám se, že kvůli dožití uživatelů v podmínkách, kde trávili značnou část života, bych hledala co nejvíce ideální řešení. Uvědomuji si ale, že pokud by ze zařízení odešli uživatelé do komunit ve velkém počtu a staří uživatelé by zůstali na místě v malém počtu, bylo by to pro ně možná ještě více psychicky náročné.

Řešení vzhledem k umístění lze nalézt. Pokud je transformované zařízení umístěné v zástavbě, pak lze komunitu vystavět poblíž tak, aby uživatel zůstal v okolním prostředí. Při transformačních změnách se zvažuje, že přemístění může být spojené s traumatem v jakémkoliv věku. Aby množství traumatu bylo minimalizováno, **existuje postup zahrnující přípravu uživatelů, přípravu personálu a přípravu kontextu umístění**. Příprava uživatelů je spjata s individuálním plánováním a psychologickými metodami.⁸¹

P. Říčan si kriticky všímá obecného mínění, že staří špatně snáší změny (čím je člověk starší, tím větším traumatem je pro něj stěhování nebo změna) s tím, že tento názor může být také pesimistickým předsudkem.⁸² Stuart-Hamilton popisuje teorii odcizování se, kdy staří lidé se stahují, avšak ani tento jev není plošný, platí spíš jen pro celoživotního samotáře. Naopak nejlepší řešení vidí v aktivitě starých lidí.⁸³ J. Křivohlavý upozorňuje, že stárnoucí člověk má schopnost vyrovnávat se s kognitivními ztrátami⁸⁴, a to vede k uvažování, že senior má také schopnost vyrovnávat se i s mnoha dalšími ztrátami, změnami - například se změnou bydlení. Domnívám se, že

⁸¹ MULHEIR, BROWNE, *Deinstitutionalizace a transformace*, 45 a77-92

⁸² ŘÍČAN, *Cesta životem*, 376

⁸³ STUART-HAMILTON, *Psychologie stárnutí*, 170-1

⁸⁴ KŘIVOHLAVÝ, *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*, 38-45

zmiňované pohledy jemně narušují myšlenku, že lidé zestárnuvší v ústavu by nebyli schopni změny.

f/ Klientům je dobře v ústavech. Někteří klienti potřebují kolektiv. Někteří se vracejí z chráněného bydlení zpět. Existují příklady, kdy se vrátili.

Ano, věřím, že klientům je v ústavu dobře. Mají zde zajištěnu celou řadu základních potřeb, je o ně postaráno. Ten cíl transformaci však spočívá v tom, aby lidé s postižením mohli žít stejně jako lidé bez postižení, aby byli více samostatní, mohli se rozhodovat, a to za pomoci celé řady služeb. Sociální služby mají důležitou stimulační roli k uzdravení.

V rozhovorech vyšlo najevo, že někteří uživatelé se skutečně vrátili z chráněného bydlení do kolektivu. Příčin může být několik:

- Došlo k přesunu jen některých uživatelů, což může v některém člověku nahodit pocit lítosti „proč právě já“. Přesunutý jedinec vidí, že zařízení nezaniklo, život tam jde dál a někdy skutečně zvítězí zažité zvyky. Pro takové případy je lepší transformovat celé zařízení, kdy jedinec pak už nevidí minulost a je orientován pouze na přítomnost a budoucnost.
- Přesunutý jedinec nemusel být na přesun náležitě připraven, nebo sociální služby v místě nového bydlení nezaplňily dostatečně vzniklou ztrátu služeb.

- Uživatel mohl přilnout k některé osobě z personálu, tato ztráta byla pro něj těžká, a proto se vrátil z důvodu vztahu. V individuálním plánování transformace je třeba podchytit vztahy mezi uživatelem a personálem, ale i mezi uživateli navzájem, a to je pak třeba při přesunu zohlednit.
- Důležitá je však také samotná vnitřní kapacita uživatele zvládat náročné životní situace (ztráty, změny). Někteří jedinci skutečně zvládají změny hůře, jejich psychologický potenciál je oslabený, a tehdy může dojít ke krizi, ale i psychickému onemocnění – depresi.

Řešení: Při přesunu je zapotřebí spolupráce odborníků (sociální pracovník, pedagog, psycholog, psychiatr, psychoterapeut, atd.). Velice důležité je zohlednění toho, kde by přesunutý uživatel chtěl žít. Jejich náhled jim pak pomůže zvládnout změnu. Mnohým také pomůže přesun blíž k jejich rodině.

To, že se někteří uživatelé vrátili do původního rozměru ústavní péče, neukazuje na to, že záměr transformace má nedostatky. Koncepce změny není postavena na náhodě, ale na doporučených postupech a metodách. Na stránkách Národního centra podpory transformace lze nalézt celou řadu odborných materiálů (Doporučený postup MPSV č. 1 – Posuzování míry nezbytné podpory uživatelů, Doporučený postup č. – Základní zjišťované údaje pro posuzování uživatelů a další),⁸⁵ které by měly posloužit zvládnout jednotlivé kroky.

⁸⁵ www.trass.cz

g/ Klienti, kteří se přesunuli do chráněného bydlení, mají tendenci nic nedělat.

Tento problém, jak popsal Goffman, je důsledkem institucionální péče, což už bylo zmíněno v první části této práce. Tizard a jeho spolupracovníci si také všimají podobných jevů a hledají kořeny jejich příčin na základě výzkumů, kde porovnávají péči v institucích a v zařízeních menšího typu. Vycházeli z předpokladů, že na výsledek má vliv: 1. determinovaná organizační struktura výkony a naučené způsoby chování personálu s dostupností kontroly; 2. chování zaměstnanců ovlivňuje způsob, jakým se chovají děti a jaké kompetence si osvojují. K výsledku se dopracovali tím, že zkoumali styl řízení, faktory zohledňující personální poměry a pracovní nasazení, dále úlohy zaměstnanců a úlohu výkonnosti a v závěru pak vztahy mezi zjištěními. Nakonec došli k závěru, že existující rozdíly dovedností dětí (v zařízení menšího typu měly děti více dovedností krmení a mluvení a jejich hendikep se jevil jako méně výrazný oproti dětem v institucích nemocničního typu) jsou ovlivněny přístupem personálu a celkovou administrativou v rámci řízení. Množství zodpovědnosti potřebné nejen pro péči, ale i pro zajišťování administrativy s orientací na chod zařízení vzhledem ke zřízení organizace ministerstvem nebo jiným nadřízeným orgánem oslabovalo péči a mělo horší dopad na děti. V tomto ohledu daleko lépe dopadlo zařízení menšího typu, v němž vedoucí byl méně limitován, a proto se zde otevíral více prostor pro výchovu a péči dětí.⁸⁶

⁸⁶ TIZARD, *Quality of residential care for retarded children*, 52-67

Tyto informace jsem uvedla, abych zveřejnila, že uznávané výzkumy potvrzují, že zařízení menšího typu, tedy chráněné bydlení mají lepší dopad na prosperitu uživatele. Také chování personálu má vliv na vytváření osobnosti uživatele, avšak v různé míře s přihlédnutím k věku uživatele a času pečování. Zatímco spolupráce s letitým uživatelem může navazovat na předchozí péči do něj vloženou, příchod nových uživatelů se špatnými vzorci chování z minulosti bude vyžadovat vyšší laťku profesionality, zkušeností a pracovního nasazení.

Řešení vidím v připravenosti personálu a dostatku alternativních služeb. Pokud uživatelé nebudou mít přiměřené stimulační služby v nabídce a prostředníky, které je zaktivizují, budou mít sklony k pasivitě.

Další řešení vyplývá z výše uvedené studie, která napovídá, že je důležité se soustředit na výchovu dětí se zdravotním postižením za účelem vytvoření dobrých vzorců chování, a to lze jedině za předpokladu zajištění naplňování citových potřeb v raném věku dítěte personálem v dostatečném počtu, výchovou k sebeurčení a strukturou zařízení malého typu.

h/ Veřejnost neví, o co jde, veřejnost není zvyklá na člověka s postižením.

Ano souhlasím a spolu se mnou i autoři podporující transformaci. **Řešení** existuje v možnosti využití TV pořadů, rozhlasových pořadů, novinových článků, plakátů, veřejných debat. Lze také využít církev k šíření poslání ústavní péče mezi její farníky.⁸⁷ Obsah sdělení by měl být zaměřen na předání podstaty práva člověka s postižením žít život v přirozeném prostředí. Soužití s lidmi

⁸⁷ MULHEIR, BROWNE, *Deinstitutionalizace a transformace*, 30

s postižením přináší hodnoty, kdy si spoluobčané mohou hlouběji zamyslet nad smyslem života a etickými normami.

i/ Přirozený způsob života je dobrý, ale budou to klienti vůbec chtít? Ti s nejtěžším postižením nebudou schopni vyjádřit svoji vůli.

To je otázka k širokosáhlému výkladu. Použiji metaforu, kdy vězeň (unesené dítě) žije od narození na nějakém ostrově v moři, zvykne si zde a v nějakém čase přijede loď a nabídne mu odvoz do civilizace. Pokud tento člověk neví, co to je civilizace, a má na ostrově zajištěné základní fyzické potřeby, pravděpodobně odmítne. Jinak to bude s člověkem, který už v civilizaci žil. **Ale dovedu si představit řešení**, kdy nabídnu tomu člověku, že ho seznámím s civilizací a pak zase odvezu na ostrov. Tak postupně krok po krůčku lze člověka do civilizace vrátit. Podobně to může být i s člověkem zvyklým žít v ústavu, kdy krok po krůčku ho můžu seznamovat s novým bydlením. Jednorázový přesun není vhodný jak u lehčího, tak hlubšího postižení. Uživatel s hlubokým postižením vyjadřuje libé či nelibé pocity, na které by dle mého mínění bylo třeba při přípravě přesunu reagovat.

Připouštím však, že v některých případech bude chtít vězeň na ostrově zůstat a dožít ...

j/ Mně se to líbí, ale nepůjde to plošně. Je třeba opatrnosti, protože dnes je každou chvíli všechno jinak. Vymyslíme něco nového, a pak se vrátíme ke starému způsobu.

Myslím si, že téma transformace se dá přirovnat díky své náplni, síle a myšlence postupnému zavádění elektrifikace. Přínos elektrifikace byl tak obrovský, že lidé se už nevrátili ke starému způsobu života bez elektřiny. Transformace není pokus o změně 9 leté školní docházky v 8 letou školní docházku. Navíc změna bude postupná, a proto se lze poučit z prvních uskutečněných výsledků a evropských zkušeností.

k/ Transformace by mohla vyřešit problém, že chybí články mezi domovy se zvláštním režimem a psychiatrickou léčebnou či vězením.

Souhlasím, protože chráněná bydlení či komunity budou mít speciálně laděné služby, a proto jejich nabídka bude vyhovovat úzkým skupinám lidí s postižením.

„Já osobně jsem pro, souhlasím, protože postižený člověk má stejná práva jako zdravý, samozřejmě pokud je toho schopen, myslím si, že ten život by se mu nezkvalitnil po stránce péče, protože tu má, ale myslím, že by dostal nový nadhled - pohled na život, jsem nadšená, když můžu vést klienty k samostatnosti“⁸⁸

„Poskytujeme dobrou službu, ale nesmíme si nalhávat, že je to normální způsob života. Není to normální způsob života.“⁸⁹

⁸⁸ CITACE RESPONDENTA, *Příloha č. 5*, 100

⁸⁹ CITACE RESPONDENTA, *Příloha č. 5*, 100

2/ Jak vidí transformaci důležitou pro jejich zařízení?

a/ To není otázka pro sociální pracovníci, ale pro vedení.

Je známo, že práce a změny v organizaci mají úspěch v týmové spolupráci. Vedení v čele s ředitelem vytváří vizi, pro kterou potřebují podporu spolupracovníků. Odpověď tohoto respondenta na mě působí poněkud odtažitě, jako by byl na okraji. V oblasti sociální práce je jakýkoliv hlas důležitý. Je to právě pohled nového nebo podřízeného zaměstnance, který je pro oblast supervize organizace přínosný. Dále bych očekávala, že pokud se v sociální oblasti dějí transformační změny, je dobré se o to zajímat a připomínat jejich užitečnost v jakémkoliv pracovním postavení. Tato výpověď mohla vzniknout buď v důsledku pasivity, nebo v důsledku způsobu vedení.

Doporučuji pro proces transformace v zařízeních četbu knihy J. Kottera, ve které je detailně popsáno 8 kroků úspěšné transformace podniku. Autor na toto téma píše:

„Proces provádění změn v organizacích se příliš neliší od přestavby nábytku ve skupině kanceláří. Potřebujete pomoc mnoha lidí. Na začátku nikdy nemáte přesnou představu o všech potřebných změnách. Počáteční zahřívací fáze vyžadují překvapivé množství času a energie. Proces je nakonec rozkouskován do řady projektů. Jak se postupně odkrývá celkový rozsah prací, máte chuť to vzdát. Pokud vytrváte, celkové množství času vynaloženého na změny bude obrovské.“⁹⁰

⁹⁰ KOTTER, *Vedení procesu změny*, 143

b/ Předěláváme podmínky pro klienty. Budujeme bydlení rodinného charakteru v prostorách zařízení.

Ve třech zařízeních byly pod představou transformace vybudovány byty nebo jednotky a s tím spojené služby, ve kterých je podporován samostatný život uživatele. Koncepce transformace však říká, že zlepšování fyzických podmínek v existujících ústavech, či transformace jen části zařízení a budování malých zařízení na pozemku původní instituce je chybným řešením. Tyto kroky skutečnou transformaci zpomalují.

Souhlasím, že zlepšování podmínek v rámci ústavu transformaci zpomaluje, avšak vzhledem k okolnostem, kdy předtransformační proces může trvat delší dobu (vzhledem k přesvědčením ředitelů zařízení a možností financování), si myslím, že rozšiřování služeb a samostatného bydlení v zařízeních uživatelům může prospět. **Nedoporučuji** pokračovat v přístavbách v rámci zařízení, avšak neshledávám podobné řešení v minulosti jako závažnou chybu. **Metafora:** *Tato situace může být připodobněna situaci rodiny žijící ve starém bytě. Do budoucna se rýsuje možnost přestěhování, avšak není stanovené datum ani konkrétní plán. Nevyhovující podmínky přinutí rodinu k rozhodnutí, že byt zrekonstruují. Výsledkem jsou zvýšené ekonomické výdaje a vyšší spokojenost členů rodiny. Po pěti letech se rodina přece jen přestěhuje do lépe vyhovujících podmínek s vědomím, že sice vydala peníze na opravu bytu, ale život v něm byl příjemnější. Mám za to, že se jedná o konflikt, kde proti sobě stojí dvě pozitivní hlediska: ekonomické x vhodné hygienické a sociální prostředí.*

I přes tuto metaforu si však myslím, že je lépe nepokračovat v přístavbách a investicích v rámci zařízení, když vycházím z Božího slova, které říká:⁹¹

⁹¹ Bible, Nový zákon, Lukáš 5,36-39, 66

„Nikdo neutrhne kus látky z nového šatu a nezalátá jím starý šat; jinak bude mít díru v novém a ke starému se záplata z nového nehodí. A nikdo nedává mladé víno do starých měchů; jinak mladé víno roztrhne měchy, samo vyteče a měchy přijdou nazmar. Nové víno se musí dát do nových měchů. Kdo se napije starého, nechce nové; řekne: Staré je lepší.“

c/ Podporujeme program chráněného bydlení ve městě.

Chráněné bydlení poskytuje pobytové a další služby, je už nastavené pro nižší počet obyvatel, a pokud je umístěné v dostupnosti společenského dění, je to dobrý způsob bydlení pro lidi se zdravotním postižením. Zákon o sociálních službách takový způsob bydlení umožňuje.

Situace je však taková, že podobných zařízení je stále málo. V Ústeckém kraji se nachází celkem 51 domovů pro osoby se zdravotním postižením a 41 domovů se zvláštním režimem, chráněných bydlení je pouze 14.⁹² Chráněné bydlení na Mostecku a Lounsku není ani v jednom případě, na Chomutovsku je jedno ve Vejprtech. Na Lounsku jsou v provozu - Domov pro osoby se zdravotním postižením s kapacitou 18 lůžek a podpora samostatného bydlení pro 8 uživatelů (Kamarád LORM v Žatci).

Řešení vidím nejen v transformaci konkrétního zařízení, ale i v iniciativě obcí a měst, které mohou v rámci své politiky chráněná bydlení či byty pro lidi s postižením plánovat a budovat. Také neziskové organizace mají v této oblasti možnosti zakládat své iniciativy a pomáhat.

⁹² MPSV, Registr poskytovatelů sociálních služeb v ČR, dne 9. 12. 2011

d/ Změna je těžká, klienti mají naše zařízení za domov. Mají tady na vesnici svoje známé. Lidé v okolí je přijímají, jsou na ně zvyklí od dětství. Pozdraví se, prohodí pár slov.

Toto je silná výpověď a důvod k vděčnosti. Vesnice se v souvislosti s transformací nevyklučuje, neboť při výběru lokality se má přihlížet k přání uživatele. Průkopník změn péče o děti se zdravotním postižením P. Moss popisuje tři modely – zařízení dětské péče (Child care), výchovná zařízení (educational) a medicínsko-pečovateľská zařízení (medical/nursing). Jejich odlišné pojetí je charakterizováno z pohledu umístění, počtu a kvalifikace personálu, vedení, času intenzivního pečování a zaměření (zaměření na emocionální vývoj, dále na výchovu a do třetice na pečování podle potřeb). Co se týče umístění lze využít pro dětskou péči vesnici, pro další druhy péče jak městskou tak vesnickou lokalitu.⁹³

e/ Naši klienti potřebují kontrolu, kdyby bydleli v samostatných bytech, skončili by jako bezdomovci. Klienti jsou zneužitelní a ovlivnitelní v podmínkách otevřeného života. Jsme domov se zvláštním režimem a naši klienti si prošli závislostmi na alkoholu a drogách.

Matoušek poznamenává k tématu, že lidé duševně nemocní jsou objekty stigmatizace a potřebují nejvíce odborné a jiné pomoci, ačkoli bývají neatraktivní terapeuticky. Je třeba zajistit jim komplexní zdravotně-sociální

⁹³ MOSS, Peter, *Residential care of children*, 46-47

péči s prevencí stigmatizace⁹⁴ Odborná pomoc a komunity se nevyklučují. Literatura se zmiňuje, že specifickou potřebou duševně nemocných je mimo jiné i bydlení. V ČR se s duševně nemocnými setkáme v domácím prostředí, léčebnách, domovech, ale i mezi bezdomovci. V západních zemích díky deinstitucionalizaci probíhající od 60. let minulého století došlo k vybudování chráněných bydlení s různou mírou podpory.⁹⁵

Falloon a Fadden popisují tři propracované modely integrované péče pro osoby s duševním onemocněním – nemocniční model komunitní péče, komunitní přístup v komunitní péči, integrované služby péče o duševní zdraví,⁹⁶ kde účinná terapeutická strategie zvažuje na začátku zdravotní a sociální postižení včetně hrozby sebevražedného jednání. Psychosociální intervence pak zahrnuje lékovou terapii, psychologickou intervenci, popřípadě kombinaci obojího⁹⁷ a dále trénink sociálních dovedností u sociálních fobií.⁹⁸

Výše uvedení autoři **nabízejí řešení** spočívající v psychosociální intervenci.

f/ Podařilo se nám zaměstnat klienty ve městě, musí dojíždět. Bylo by ideální, kdyby v místě zaměstnání měli své byty a žili samostatný život.

g/ Klienti s lehčím postižením by mohli bydlet v bytech tady v okolí, ale je problém s byty.

⁹⁴ MATOUŠEK, KOLÁČKOVÁ, KODYMOVÁ, *Sociální práce v praxi*, 133

⁹⁵ MATOUŠEK, KOLÁČKOVÁ, KODYMOVÁ, *Sociální práce v praxi*, 145-6

⁹⁶ FALLOON, FADDEN, *Integrated mental health care*, 37

⁹⁷ FALLOON, FADDEN, *Integrated mental health care*, 82

⁹⁸ FALLOON, FADDEN, *Integrated mental health care*, 69

Sklobit zaměstnání s bydlením uživatelů a bydlení s okolím transformovaného zařízení je záležitostí projektu transformace zařízení.

Řešením je tyto potřeby a spojitosti zařadit do přípravy projektu na základě individuálních potřeb uživatelů služby.

„Postavili jsme 14 bytů u našeho zařízení, tam jsme přesunuli klienty, kteří chtěli. Klienti se podíleli na výběru nábytku, bytu, barvy. Mají svoji kuchyň a kurs vaření. Tři klienti se vrátili, jeden z finančních důvodů, jeden měl problémy a jeden se nenaučil tam žít, chodil k nám a trávil čas raději v kolektivu. Těm ostatním narostlo dost silně sebevědomí, zjistili výhodu té volnosti, svobody. Mají samostatnější život.“⁹⁹

„Nám se hodně dařilo zaměstnávat klienty – to vidím jako přínos zařazování do společnosti. Klientům to přináší radost, cítí se být důležitý, když můžou ukázat výplatní pásku.“¹⁰⁰

⁹⁹ CITACE RESPONDENTA, *Příloha č. 5*, 104

¹⁰⁰ CITACE RESPONDENTA, *Příloha č. 5*, 103

3/ S jakými podněty, motivací pro změnu nebo konkrétními kroky jste se setkali?

a/ Transformační změny v rámci ústavu – byty, jednotky pro bydlení apod.

b/ Hovořili jsme o tom na poradách všeobecně, výsledkem jsou postavené byty v rámci ústavu.

c/ Setkání se zástupcem Národního centra podpory transformace

d/ Semináře o transformaci, komunitní jednání, Zpravodaj o transformaci

e/ Letáček Národního centra podpory transformace

4/ Chcete se osobně zúčastnit těchto změn?

4 x ano (z toho 3 pracovníci ve vedení)

7 x ano s představou částečné transformace

1 x ne – není příznivcem

„Kdyby se tady začaly dít ty změny a byly by na to peníze, možnosti, že každý klient by měl svého asistenta, tak já bych jim to přála. Chtěla bych se toho účastnit.“¹⁰¹

¹⁰¹ CITACE RESPONDENTA, *Příloha č. 5*, 108

Na závěr této části **lze konstatovat**, že myšlení pracovníků v zařízeních je ve většině případů spjato s podporou ústavní péče, takže **se potvrdil předpoklad** druhé výzkumné otázky zjišťující, jak přemýšlí vedení/zaměstnanci ústavů o potřebě změny ústavní péče v péči komunitní.

3.6 Možnosti řešení

Možnosti změny ústavní péče v péči komunitní lze realizovat různými způsoby. A. Transformací zařízení (Uzavírání ústavů za účelem vzniku alternativních sociálních služeb); B. Zakládáním alternativních pobytových služeb prostřednictvím obcí a krajů; C.. Zakládáním alternativních terénních a ambulantních služeb; D. Nástroji sociální a finanční politiky.

A. Transformace zařízení - uzavírání ústavů za účelem vzniku alternativních sociálních služeb

Toto řešení obnáší uzavření ústavů a vznik alternativních sociálních služeb, tj. komunit a potřebných sociálních služeb (osobní asistence, pečovatelské služby, nácvik sociálních dovedností, psychologické terapie).

Postupy rušení ústavů jsou stvrzeny zkušenostmi v západních zemích Evropy a v ČR jsou ověřovány pilotním projektem MPSV, který realizuje transformaci na úrovni vybraných 32 zařízení. Pro účely zajištění budoucích kvalitních výsledků můžeme tak čerpat inspiraci z postupů předchozích transformačních snah. Pomocí může být také manuál pro dobrou praxi týkající se deinstitutionalizace a transformace služeb pro děti, jehož 10 kroků může být aplikováno:¹⁰²

- Zvyšování vědomí o negativních vlivech umístění do ústavní péče na děti (1. krok)
- Řízení procesu rušení ústavní péče (2. krok)

¹⁰² MULHEIR, BROWNE, *Deinstitutionalizace a transformace*, 9

- Analýza na regionální úrovni (3. krok)
- Analýza na úrovni zařízení ústavní péče (4. krok)
- Návrh alternativních služeb (5. krok)
- Plánování přesunu zdrojů (6. krok)
- Příprava a přesun dětí (7. krok)
- Příprava a přesun personálu (8. krok)
- Logistika spojená s přesunem (9. krok)
- Sledování a hodnocení procesu (10. krok)

B. Zakládání alternativních pobytových služeb prostřednictvím obcí a krajů

Pokud by obce a kraje zašítily založení dostatečného množství pobytových služeb - chráněná bydlení a návazné služby - osobní asistence, poradenství apod., pak by zájemci o cílovou službu upřednostňovali život v chráněném bydlení. Pomalu by mohlo docházet k situaci, kdy by o ústavní služby nebyl zájem, tak by se snížila jejich aktuální úloha a hlavně kapacita. Už jen snižováním počtu lůžek v zařízeních by docházelo k důstojnějšímu zajištění života uživatelů v mezidobí před transformační změnou. Navíc vzhledem k vyhasínání zájmu o služby v ústavech, by docházelo k nucenému řešení spojenému s uzavřením budovy a zajištění umístění zbylých uživatelů.

Řešení spatřuji v plánování alternativních pobytových a návazných služeb na úrovni kraje a obcí tak, aby speciální služby odpovídaly potřebě. Plánováním je třeba předcházet situacím, kdy nabízené služby nebudou mít poptávku, anebo poptávka nebude pokryta. Z výzkumu zaměřeného na priority

krajů a obcí z roku 2009 je zřejmé, že obce se soustředí zejména na sociální služby pro seniory (60%) a oblast sociálních služeb pro zdravotně postižené je až na druhém místě (39% tzn., že obce má určité plány), kde je mezi prioritami chráněné bydlení a osobní asistence.¹⁰³

Řešení spočívá také v podpoře činnosti neziskových organizací, kdy obce mají možnost podchytit jejich zájem pomáhat, mohou se na ně obracet se žádostí rozšiřování jejich pracovní náplně včetně finančního zastřešování. *Setkala jsem se s dobrým příkladem praxe spolupráce obce a neziskové organizace. Zástupci obce si vytipovali neziskovou organizaci, ke které měli důvěru, aby zastřešila potřebnou sociální službu vedení azylového domu. Z historie komunitního plánování zástupci obce ocenili hodnotové kvality organizace, a proto jim svěřili spravování azylového domu, ačkoliv sami připravili plány chodu zařízení včetně budovy a financování.*

C. Zakládání alternativních terénních a ambulantních služeb

S. Vávrová (specialistka na problematiku totálních institucí), přichází ještě s hlubším řešením prevence institucionalizace, cestou podpory terénních a ambulantních sociálních služeb a především podpory rodin a posilování přirozených sociálních vazeb a sítí.¹⁰⁴ Zdůrazňuje, že nabídka alternativních ambulantních a terénních služeb pro cílové skupiny je inkluzí a začíná být dostupná.¹⁰⁵

¹⁰³ BAREŠ, *Priority krajů a obcí pro oblast sociálních služeb*, 76

¹⁰⁴ VÁVROVÁ, *Institucionalizace jako překážka sociální inkluze*, 67

¹⁰⁵ VÁVROVÁ, *Institucionalizace jako překážka sociální inkluze*, 75

D. Nástroje sociální a finanční politiky

Zásadní řešení se odráží od finanční a sociální politiky, kdy stát disponuje rozhodovacími mechanismy a za pomoci ekonomických nástrojů by měl finančně pokrývat oblast sociálních služeb pro občany s postižením. Je známo, že tato oblast je ve světě předmětem zájmu a finanční podpory ve všech modelech (reziduální, výkonový, redistributivní) sociálních politik států, což dokládá část 2.6.2.

Podstatou konceptu sociálního státu podle Krebse je přerozdělování, kde cestou veřejné politiky se přerozděluje to, co už jednou bylo rozděleno tak, aby se vyrovnaly šance a vytvářel se odpovídající životní standard všem občanům.¹⁰⁶ Předmětem přerozdělování jsou nejen hmotné statky, ale také peníze z daní.

Výsledky výzkumného řešení ukázaly na vhodnost transformace zařízení: Domov pro osoby se zdravotním postižením Janov – Zátíší, Domov pro osoby se zdravotním postižením Kovářská, a zařízení spadající pod MSSS Vejprty: Domov pro osoby se zdravotním postižením Kavkaz A, Domov pro osoby se zdravotním postižením Kavkaz B, Domov pro osoby se zdravotním postižením Husova, Domov se zvláštním režimem Krakonoš. Na základě výše uvedených možností řešení transformace doporučuji použití způsobů A, B.

¹⁰⁶ KREBS, Sociální politika, 78

4 Závěr

Před čtyřmi lety jsem slyšela poprvé o inkluzi života člověka se zdravotním postižením mimo ústav. Souhlasila jsem a přijala tento rozměr jako důležitý cíl sociální služby. Teprve při psaní této práce jsem však pochopila, proč má takový člověk právo žít v přirozeném prostředí, kdy po přečtení mnoha textů článků a literatury a přemýšlení na toto téma se mi propojily souvislosti hodnoty člověka a jeho stvoření do podoby Boha, filosofického pohledu svobodné vůle, vědeckých přínosů pro posílení kvality bytí, práva, které vše zakomponovalo pro praktické řešení, a sociální politiky koordinující celou oblast transformace sociálně pobytových služeb, jak je popisují v teoretické části.

Kladu si však otázku, jak to pochopí ostatní spoluobčané, když nestudují a neprocházejí vzděláním, když neusilují získávat nové informace. Z praktické části práce vychází najevo, jak je těžké přijmout integraci lidí se zdravotním postižením samotnými profesními pracovníky sociální služby. Jejich srdce je nakloněno pomáhat zažitými způsoby, změnu připouští jen do rozměru svých představ. Změnit lidské postoje, není jednoduché, ale je to možné skrze behaviorální, kognitivní a emocionální roviny. „Nové zkušenosti a příběhy, nové informace a emocionální prožitky dokáží ovlivnit zažité zvyky“, tak prezentoval S. Krupa část své přednášky o inkluzi života osob se zdravotním postižením na Evangelikálním teologickém semináři v Praze před čtyřmi lety.¹⁰⁷ Toto řešení lze aplikovat skrze média, sociální pracovníci mají pak povinnost přehodnocovat svoje postoje skrze osobní reflexe. Bez takové průpravy nelze pomáhat.

¹⁰⁷ KRUPA, *Sociální práce, teorie a metody*, přednáška ETS Praha

Praktická část také přinesla odpověď na cíl práce zmapovat zařízení sociálně pobytových služeb pro lidi se zdravotním postižením na Mostecku, Lounsku a Chomutovsku, určit důležitost transformace jednotlivých zařízení a odhalit na základě určitých kritérií, jak jsou zajišťována lidská práva. Došla jsem k výsledku, že metody práce jsou nastaveny tak, aby uživatelé nebyli příliš omezováni a měli co největší prostor pro svobodnou vůli a volnost pohybu. Okolnosti jsou však lépe nakloněny uživatelům s lehčím stupněm postižením. O uživatele s těžším stupněm postižení je sice dobře postaráno, ale prostor pro sebevyjádření je omezen z důvodu personálních, a jak někteří respondenti sdělovali, i odborných, kdy z finančních důvodů nelze přijmout dostatek odborníků na terapeutické činnosti. Práva na společenský život a soukromí vzhledem k nedostupnosti společenského dění, kapacitě a počtu lůžek na pokoji z větší části naplňována nejsou. Aktuální potřeba transformace byla shledána u většiny zařízení, z toho pak aktuálně u 6 zařízení.

Praktickou část obohacuje řada doporučení a možných řešení, z nichž připomínám ta zásadní. Možnosti změny ústavní péče v péči komunitní lze realizovat různými způsoby: A. Transformací zařízení (Uzavíráním ústavů za účelem vzniku alternativních sociálních služeb); B. Zakládáním alternativních pobytových služeb prostřednictvím obcí a krajů; C. Zakládáním alternativních terénních a ambulantních služeb; D. Nástroji sociální a finanční politiky.

Vzhledem k prožitkům během návštěv zařízení pro praktickou část přitakávám zvláštnímu řešení, které navrhuje Jim Mansell:

„Cílem je, aby někdo byl schopen přesvědčit rodiny a politiky, aby navštívili lidi s mentálním postižením žijící v komunitě a oni by viděli

něco tak nápadně odlišného od institucionální péče, tak jasně výstižného ve způsobu vytvářejícím příležitosti navzdory komplexním potřebám, že oni by nemohli odolat dávání na jejich podporu.“¹⁰⁸

Pro mě osobně je zajímavé zjištění, že v úvodu jsem začala vzpomínkou na Olgu Havlovou, která se v naší zemi angažovala v oblasti péče o lidi se zdravotním postižením jako jedna z mála lidí na politické scéně a závěr práce neplánovaně věnovala Jimovi Mansellovi. Oba mají mnohé společné, zasadili se o oblast změn v péči o člověka se zdravotním postižením a oba v průběhu své práce zemřeli mladí. Přiznám se, že se mi vhání slzy do očí, když si čtu na portálech různých organizací ve světě vzpomínky na Jima Mansella, který v březnu letošního roku zemřel. Vzhledem ke svému zdravotnímu stavu pobýval v nemocnici. Ani tam nesouhlasil s podmínkami léčení a v důsledku toho řekl: „Skutečným řešením ... je přestat používat tyto druhy míst. Kdo se postaví do čela zúčtování místních zdravotních a sociálních služeb, aby se to stalo?“¹⁰⁹

¹⁰⁸ MANSELL, *Deinstitutionalisation and community living*, 7

¹⁰⁹ BRINDLE, *Jim Mansell obituary*

5 Literatura a další zdroje

BAREŠ, Pavel, *Priority krajů a obcí pro oblast sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*, in Sociální práce/Sociálna práca, časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci, Asociace vzdělavatelů v sociální práci, Brno, 4/2010

BARTLOVÁ, Sylva, *Vybrané kapitoly ze sociologie medicíny*, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999

Bible, Písmo svaté Starého a nového zákona, Český ekumenický překlad, podle ekumenického vydání z roku 1985, Praha, Česká biblická společnost, 1991

BOICE, James, M. *Základy křesťanské víry*, Návrat domů, Praha, 1999

BRINDLE, David, Jim Mansell obituary, He helped learning – disabled people to live in the community, guardian.co.uk, 16. 3. 2012, [online], Dostupný z WWW: www.guardian.co.uk/society/2012/mar/16/jim-mansell

ČENKOVIČOVÁ, Eva, *Zápis z pracovního jednání*, Most, 18. dubna 2012

FALLOON, Ian, R. H.; FADDEN Gráinne, *Integrated Mental Health Care. A comprehensive community-based approach*, Cambridge, Cambridge University Press, 1993

GREEN, Joel, B., Healing, in: *New dictionary of biblical theology*, InterVarsity Press, Leicester-England, Illinois-USA, 2000

GRUNEWALD, Karl, *Pojednání k Evropskému roku lidí s postižením*, Bývalý vedoucí Odboru pro péči o lidi s postižením při Ministerstvu zdravotnictví a péče, Stockholm, 2003, [online], Dostupný z WWW: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/001/000182.pdf>

KLOUČKOVÁ, Tereza, *Transformace pobytových zařízení sociálních služeb v České republice*, Konference Sociální služby v Ústeckém kraji, 10. listopadu 2009, [online], Dostupný z WWW: <http://www.kr-ustecky.cz>

KLUSÁČEK, Jan, *Přednáška: Sociální událost, subjekty a objekty sociální politiky*, prezentováno dne 6. 11. 2012, Evangelikální teologický seminář, Praha

KOTTER, P., John, *Vedení procesu změny, Osm kroků úspěšné transformace podniku v turbulentní ekonomice*, MANAGEMENT PRESS, Praha, 2004

KREBS, Vojtěch a kolektiv, *Sociální politika. 5.*, přepracované a aktualizované vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010

KRUPA, Slavomír, *Přednáška: Sociální práce, teorie a metody I*, 25. 4. 2009, Evangelikální teologický seminář, Praha

KULICHOVÁ, Romana, *Deinstitucionalizace v České republice*, 3. Fórum poskytovatel'ov služieb, 2. února 2011. [online] Dostupný z WWW: <http://www.socia.sk/doc/.../Kulichova%20Transformace%20v%20CR.pdf>

KUSHLICK, Albert, *The need for residential care, in: The Handicapped Person in the Community, A Reader and Sourcebook*, Edited by David M. Boswell and Janet M. Wingrove, London, Tavistock Publications Ltd, 1974

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, *Psychologie zdraví*, Portál, Praha, 2009

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*, Grada Publishing, Praha, 2011

LADD, ELDON, G., *Teologie Nového zákona*, Studijní texty ETS v Praze, svazek 6, 2003

Listina základních práv a svobod

LUKASOVÁ Elizabeth, *Logoterapie ve výchově*, Portál, Praha, 1997

MANSELL, Jim, *Deinstitutionalisation and Community Living: An International Perspective*, 2005 [online], Dostupný z WWW: www.institutionwatch.ca/cmsfilessystemaction?file=research/international_perspective.pdf, Publikovaný: 2005, *Tizard Learning Disability Review*, Vol. 10 Iss: 1, pp 22-29, [online], 2005, Dostupný z WWW: www.emeraldinsight.com/journals.htm?articleid=1936328

MANSELL, J., KNAPP, M., BEADLE-BROWN J., BEECHAM J., *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of European Study. Volume 2: Main report*. Canterbury: Tizard Centre, University of Kent. [online], Dostupný z WWW: www.kent.ac.uk/tizard/research/DECL_network/Project_reports.html

MATOUŠEK, Oldřich, *Ústavní péče*, Sociologické nakladatelství, Praha, 1995

MATOUŠEK, Oldřich, *Základy sociální práce*, Portál, Praha, 2007

MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ J., KODYMOVÁ P., *Sociální práce v praxi, Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, Portál, Praha, 2005

MOSS, Peter, *Residential care of children: a general view in: Varieties of Residential Experience*, ed. by Jack Tizard, Ian Sinclair and R. V. G. Clarke, London, Routledge & Kegan Paul Ltd, 1975

MOTEJL, Otakar, *Zpráva z návštěv domovů pro osoby se zdravotním postižením*, Brno, 14. Října 2009, [online], Dostupný z WWW: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/013/001589.pdf>

MULHEIR, Georgette, BROWNE, Kevin a kol., *Deinstitutionalizace a transformace služeb pro děti – Manuál pro dobrou praxi*, University of Birmingham, 2007. [online], Dostupný z WWW: <http://www.trass.cz>

MPSV ČR, *Podpora transformace sociálních služeb*, 27. 5. 2010, [online], Dostupný z WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/7058>

MPSV ČR. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné druhy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti*. Praha: MPSV ČR, Materiál schválený usnesením vlády České republiky č. 127 ze dne 21. února 2007. [online], Dostupný z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepcepodpory.pdf>

MPSV ČR, *Podpora transformace na národní úrovni*, 25. 3. 2010, [online], Dostupný z WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/3857>

MPSV, Národní centrum podpory, *Zpráva o procesu podpory transformace v ČR za rok 2010*, [online], Dostupný z WWW: <http://www.trass.cz/TrassDefault.aspx?rid=1395>

MPSV, Registr poskytovatelů sociálních služeb v ČR, [online], dne 9. 12. 2011, Dostupný z WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/9>

POTŮČEK, *Sociální politika*, Sociologické nakladatelství, Praha, 1995

PETRUSEK, Miloslav, *Základy sociologie*, Akademie veřejné správy o. p. s., Praha, 2009

PROCHASKA, James, O., NORCROSS, John. C., *Psychoterapeutické systémy – průřez teoriemi*, Grada Publishing, 1999

RUCKI, Štěpán, *Je někdo z vás nemocen*, Návrat domů, Praha, 2007

ŘÍČAN, Pavel, *Cesta životem*, Panorama, Praha, 1990

SOKOL, R., TREFILOVÁ, V. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*, Praha, ASPI, 2008

STUART-HAMILTON, Ian, *Psychologie stárnutí*, Portál, Praha, 1999

ŠIŠKA, Jan, *Reflexe deinstitucionalizace – hodnoty, náklady, doporučení*, in: Sociální práce/Sociálna práca, časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci, Asociace vzdělavatelů v sociální práci, Brno, 4/2010

PRUDY, VERON, L., *Systematická teologie*, Křesťanský život, Praha, 2001

ŠPIDLA, Vladimír, Report of the Ad Hoc Expert Group on the Transition from Institutional to Community Care, European commission, 2009, [online], 2011, Dostupný z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/11112/transition.pdf>
Překlad do Českého jazyka: ŠPIDLA, Vladimír, *Zpráva odborné skupiny o přechodu od institucionální péče na péči komunitní*, Evropská komise, 2009

TIZARD, Jack, *Quality of residential care for retarded children*, in: Varieties of Residential Experience, ed. by Jack Tizard, Ian Sinclair and R. V. G. Clarke, London, Routledge & Kegan Paul Ltd, 1975

TOMEŠ, Igor, *Sociální politika teorie a mezinárodní zkušenost*, SOCIOKLUB sdružení pro podporu rozvoje teorie a praxe sociální politiky, Praha, 1996

VÁGNEROVÁ Marie, *Psychopatologie pro pomáhající profese*, Portál, Praha, 2004

VÁVROVÁ, Soňa, *Institucionalizace jako překážka sociální inkluze osob se zdravotním postižením*, in Sociální práce/Sociálna práca, časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci, Asociace vzdělavatelů v sociální práci, Brno, 4/2010

VRÁNOVÁ, Jana, ŠIŠKA, Jan *Country report, Czech Republic: in Deinstitutionalisation and community living: outcomes and costs – a Report of a European Study, Volume 3*, 2007, BEADLE-BROWN, J. and KOZMA, A., Tizard Centre, University of Kent, [online], Dostupný z WWW: www.kent.ac.uk/tizard/research/DECL_network/Project_reports.html

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách

6. Přílohy

6.1 Příloha č. 1- Dotazníky pro zjištění stavu poskytování sociálních pobytových služeb

Dotazník č. 1 – údaje o budově

Ve kterém roce byla budova postavena?

Jaký je technický stav budovy/budov? Špatný. Přijatelný. Dobrý.

Kdo je vlastníkem budovy?

Jaká je kapacita ústavu?

Počet místností určených ke spánku?

Kolik postelí je v každé místnosti?

Dotazník č. 2 – údaje o investicích do budovy

Bylo v posledních letech do budovy významně investováno?

- Pokud ano, do čeho bylo investováno a kolik.

Jsou plány pro další investice do budovy v následujících 5 letech?

Jaký je rozpočet na tyto investice?

Kdo bude investice financovat?

Dotazník č. 3 – přehled umístění zařízení

Je budova umístěna v městské nebo vesnické zástavbě?

Jak daleko je budova od nejbližšího města?

Jak daleko je budova od centra města?

Jak daleko je nejbližší autobusová zastávka?

Jak často jezdí doprava?

Dotazník č. 4 – zaměřený na společenský život uživatele

Spí chlapci/muži a dívky/ženy v sousedních místnostech?

Existuje zde možnost párového soužití?

Mohou si uživatelé vybírat terapie?

Mohou se uživatelé rozhodnout, že se neúčastní společenské činnosti?

Mohou se uživatelé rozhodnout, že nepůjdou na společnou vycházku?

Má uživatel možnost si každý den vyjít na procházku na základě své individuální potřeby?

Je uživatel dotazován, jaké by měl potřeby ohledně společenských akcí následující den?

„Praktická otázka: Co budeš zítra dělat?“

Je uživatel dotazován, jaké by měl potřeby ohledně společenských akcí následující týden?

„Praktická otázka: Co plánuješ na příští týden?“

Je uživatel dotazován, zdali má nějakou specifickou společenskou potřebu alespoň jednou měsíčně? - *Návštěva kina, divadla, výlet, kulturní vystoupení, apod.*

Může uživatel zůstat na pokoji, když je organizovaná společná činnost?

Mohou si uživatelé chodit nakupovat sami?

Mohou si uživatelé chodit nakupovat s doprovodem?

6.2 Příloha č. 2 - Otázky pro polostrukturovaný rozhovor

1/ Co si myslí vedení a zaměstnanci o transformaci sociálně pobytových služeb?

2/ Jak vidí transformaci důležitou pro jejich ústav?

3/ S jakými podněty, motivací pro změnu nebo konkrétními kroky se setkali?

4/ Chcete se osobně těchto změn účastnit?

6.3 Příloha č. 3 – Kritéria bodování důležitosti transformace

Dostupnost společenského dění

- v centru, snadná dostupnost nákupních a kulturních možností /1 bod
- na kraji města, zástavby, dostupnost nákupu potravin a spotřebního zboží/ 2 body
- za městem, dostupnost dopravním prostředkem /3 body
- při bodování bylo přihlédnuto k dostupnosti autobusové zastávky

Stav budovy

- dobrý/ 1 bod, přijatelný/2 body, špatný/3 body
- při bodování bylo přihlédnuto ke stáří budovy a její stavební dispozici a označení respondenta

Množství lidí na jednom místě

- kapacita do 35/1 bod
- kapacita od 36-99/2 body
- kapacita 100 a více/3 body

Počet lůžek na pokoj

- průměr lůžek na pokoj do 1,9/1bod
- průměr lůžek na pokoj do 2,9/2 body
- průměr lůžek na pokoj od 2,96/3body

Celkem dostupnost – váha 2

- dostupnost vzhledem k důležitosti kritérií byla dvojnásobně vyvážena, což prakticky znamenalo, že byla počítána 2x

6.4 Příloha č. 4 – Společenské dění (tabulka č. 3)

možnosti	Janov	Kavkaz B	Husova	Kavkaz A	Krakonoš	Kovářská	Kadaň 1	Kadaň 2	Nová Ves	Tuchořice
Spí muži a ženy v sousedství?	ne	ne	ne	ne	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Párové Soužití	ano	ano	ne	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Výběr terapií	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Neúčast na společenské činnosti	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Neúčast na vycházce	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Vycházka dle individuální potřeby	ano X	ano	ano	ano	ano	ano X	ano X	ano X	ano X	ano X
Plánování činnosti na 2. den	ano	ano	ano	ano	ano	ano X	ano X	ano X	ano	ano X
Plánování činnosti na 2. týden	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano X
Plánování činnosti měsíčně	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Pobyt na pokoji dle potřeby	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Nakupování bez doprovodu	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano X	ano X	Ano X	ano
Nakupování /doprovod	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano

Vycházka dle individuální potřeby - 6x s omezením

Plánování činnosti na 2. den - 4x s omezením

Plánování činnosti na další týden – 1x s omezením

Nakupování bez doprovodu – 3x s omezením

6.5 Příloha č. 5 - záznamy z rozhovorů o myšlení pracovníků¹¹⁰

1/ Co si myslí vedení/zaměstnanci o transformaci sociálně pobytových služeb.

Souhlasím s transformací u starých zařízení s velkou kapacitou. Za těchto podmínek bude změna dobrá. Pro ty uživatele s lehčím postižením bude přesun do centra a do chráněného bydlení vhodný, ale už ne pro ty s nejtěžším postižením. Pro ty to nebude dobré v bytě, protože tam nebude zaručena kvalitní zdravotní péče. Musel by se zvýšit počet personálu. Jeden pracovník by nezvládl péči o třeba 6 lidí s těžkým postižením. Peníze na asistenty nejsou.

Studuji školu a píšu absolventskou práci, kde srovnávám péči o lidi se zdravotním postižením doma a v ústavech. Ne všechno vypadá tak ideálně, jak se zdá. Přestože péče doma se jeví jako to nejlepší, nemusí to tak být. Rodiče vychovávají svoje dítě doma, pak zestárnou a už nemají sílu se o něj starat. Ten člověk pak jen leží a strádá. Nemá dostatečné podněty. Když se dostane do ústavu nebo k nám do Domova, je mu lépe, protože tady má všestrannou péči. *Měli jsme tu **případ**, kdy se 70letá paní ucházela o místo pro 44letou dceru v našem domově. Pak si vše rozmyslela. Když do jednoho roku zemřela, spojil se s námi její příbuzný a dohodli jsme se na umístění pozůstalé. Její postižení bylo fyzického charakteru, proto jsme ji umístili do domova s tímto postižením.*

¹¹⁰ V záznamech je zachováno přesné vyjadřování respondentů

Dívka je zde šťastná. Jezdí na výlety, užívá si možnosti výběrů činností. Matka byla stará a už neměla sílu jít s ní ven. Ty starší rodiče ztrácí sílu. Potřebují služby, ale ty nejsou. Někteří rodiče je neumístí do ústavu, protože se nechtějí vzdát toho příspěvku, jiní zase mají strach, že budou odsouzení, když dají dítě do ústavu. Je také dobré kombinovat tu péči o dítě.

U koho je to možný, tam to podporujeme. Možný je to u klientů s lehčím stupněm postižení.

Transformace je nevhodná pro lidi, kteří jsou v ústavu celý život.

Řekne to upřímně. Ve sféře pracuje od roku 1983. Zastává názor, že klientům je dobře v ústavech. Ze zkušenosti při práci s klienty vysledovala, že klienti vzpomínají, že se jim žilo veseleji v kolektivu. Vracejí se z chráněného bydlení a vzpomínají, že se jim líbilo víc zde. *Příklad jedné dívky: ona měla všechny předpoklady žít v chráněném bydlení. Po přípravě jí přesunuli, ale ona to nezvládla. Neřekla přímo, že se jí v novém prostředí nelíbí, avšak přestala tam jíst a změnila se po psychické stránce. Po několika sezeních s týmem pracovníků dospěli k závěru, že by se měla vrátit. Po návratu se opět zlepšila.* Navíc transformace je vhodná pro lidi s lehčím stupněm mentálního postižení.

Není příznivec transformace. Klienti, kteří byli přesunuti do chráněného bydlení, mají tendenci nic nedělat. Dnes mají samá práva, a proto je někdy těžké naklonit je, aby dělali něco užitečného, něco navíc, co prospívá jim i společnosti. Pro ni osobně je vztah s klientem něco jako rodina. Ale doma taky musí být přísná na svoje dítě a říci: „Udělej to.“ To nejde nechat svoje dítě povalovat se na gauči a po ulici. Je třeba používat různé metody k tomu, aby se vzdělávaly, měly řád. Někdy je třeba i přísnost, mít úzké hranice. Ale klienti v ústavu nebo v domově hned ví, že mají práva na svobodu a využívají toho k nic nedělání. To mi vadí. Já tady řeknu klidně klientovi, že tu podlahu musí vytřít, že to za něj dělat nebudu. V ústavu je klient donucen k aktivitě, v chráněném bydlení narůstá pasivita. Myslí si, že samozřejmě záleží na jedinci. Pro někoho transformace může být přínosná. Transformace by mohla vyřešit problém toho, že chybí články mezi psychiatrickou léčebnou a naším zařízením, nebo mezi vězením a naším domovem.

Příliš se k ní nenakláním. Pokud vezmu klienty mladší, tak v tom nevidím problém. Ale zase když vezmu způsob života mladých lidí, tak by měli žít se svými vrstevníky. Tak se na ně nabalí další množství lidí. Zneužijí je a nikdo je nebude chránit. Ale nebráníme se tomu, s tou společností komunikujeme prostřednictvím společenských aktivit. Kdo za nimi bude stát pořád a řešit třeba finanční věci?

Transformace je dobrá myšlenka, protože v jiných státech jsou daleko dál. Jen si myslím, že transformace je chápána zkresleně. Veřejnost neví, o co jde. Veřejnost má představu o lidech úplně jinou, není zvyklá na lidi s postižením. Lidi, kteří žijí dlouhodobě v zařízeních – 40 let tak otázka, jestli budou chtít.

Ano přirozený způsob je dobrý, ale jestli to vůbec budou chtít. Ta kampaň transformace dělá z těch našich zařízení strašáky. Je to všechno špatný a musí se to změnit. - Letáček Transformace sociálních služeb pro lidi s postižením – roztřesený barák – strašák a vedle toho příjemný dům a klient.

Poskytujeme dobrou službu, ale zase si nesmíme nalhávat, že je to normální způsob života. Není to normální způsob života.

I v normálním způsobu života musí být člověk vykazatelný a závislý, V domácím prostředí musí říci, že někam jede, aby věděli, kde je – řád musí být. Člověk, ať je zdravý nebo nemocný, v žádném prostředí si nebude moci dělat, co chce. Svoboda má vždy určité meze.

Já osobně jsem pro, souhlasím, protože postižený člověk má stejná práva jako zdravý, samozřejmě pokud je toho schopen, myslím si, že ten život by se mu nezkvalitnil po stránce péče, protože tu má, ale myslím, že by dostal nový nadhled - pohled na život, jsem nadšená, když můžu vést klienty k samostatnosti (napsání obálky – dá jim ten prostor, aby poznali, že to zvládnou).

Souhlasím s tím, že by ti klienti měli samostatně bydlet, Pro nás je to složitější, jsme na hranicích v horách, když máme někam jezdit, tak je to složitý. Tady třeba nejezdíme dva tři dny. Ale myslím si, že jednou to stejně přijde.

Nepůjde to u všech klientů, nejsou schopný žít samostatně, hodně klientů by mohlo žít samostatně, ale ti ležící klienti by měli zůstat v ústavu, kde mají zajištěnou nejlepší péči. Bude to stát hodně peněz, tady máme na noční jednoho člověka, v chráněném bydlení by těch lidí muselo být daleko víc.

Mně se to líbí, chápu to, fandím tomu, ale myslím si, že to nepůjde plošně, že by měli ústavy zamknout. Vím už o integraci některých klientů v kraji a nám volali, že mají klienta, který to nezvládá a jestli bychom ho nepřijali. To mě vede k úvaze, že integrace není pro všechny. Ústavy pro určité skupiny klientů budou vždycky důležité. Mnozí klienti by nebyli schopní žít samostatně – ty zdravotní případy a také sociální – u nás asi 25 lidí.

Myslím si, že je třeba opatrnosti, dnes je každou chvíli všechno jinak (př. školství), něco se vymyslí, a pak se to vrátí ke starému způsobu, proto jsem opatrná vůči změnám.

Nevím, co to je, ta transformace. Musela jsem vysvětlit, co to obnáší. Zní to pěkně, ale bude to trvat, než se to začne realizovat. Nemám informace, nemohu o tom už nic říci.

2/ Jak vidí transformaci důležitou pro jejich ústav?
--

Co se týče našeho zařízení, splňujeme podmínky života v centru a nízké kapacity uživatelů služeb. O klienty, jak uvidíte, je dobře postaráno, mohou si vybírat činnosti, mají terapie. Chtěli bychom umožnit pro klienty častější frekvenci ergoterapie, ale nemáme na to finance. (na chvíli jsem byla přítomna

u ergoterapie a viděla je blahodárnost) Dnes je část klientů na výletě.

Co se týče ústavu, předěláváme podmínky pro klienty. Přebudováváme na bydlení rodinného charakteru.

V našem ústavu jsou klienti od jeptišek – to je od roku 1974, a pro ty by to bylo těžký odejít někam jinam. Pro ně je tenhle ústav „domov“. Jedná se o 4 takový klienty. Oni už si tady zvykli, normálně běhají venku po vesnici, mají tady svoje známý. Ale vrátí se do ústavu, kde mají ten svůj byteček (ložnice s obývánkem a kuchyní včetně hygienického zařízení).

Vzhledem ke zkušenosti s dívkou neví, jak dál se má stavět k transformaci v jejich zařízeních. Také vidí, že klienti jsou často okolím okradeni. To okolí je pro ně nepřátelské, potřebují ochranu.

Podporuje ale program chráněného bydlení v jejich městě. Správa vybudovala pro 18 klientů chráněná bydlení. Zde mají možnost bydlet klienti v párovém soužití. Klienti jsou zde samostatní, mají k ruce jednu asistentku, platí si její služby. Přesun klientů byl připraven dlouhodobě dopředu na základě zájmu klientů, kteří se učili dovednosti pro samostatný život.

Transformaci v rámci ústavu - klienti by bydleli v samostatných bytech, ale spadali by pod kontrolu. Vzhledem k jejich psychickým nemocem by nemohli být úplně sami. Máme také málo personálu. Mají tady paní, která se napojí na vodovodní kohoutek a pije a pije a pije – až do bezvědomí. Tu paní musí hlídat. Mají tady klienty, kteří by si v samostatném bydlení hned koupili alkohol a za chvíli by skončili jako bezdomovci. Musí se to hlídat. Má tady jednoho klienta, který 4 měsíce vydrží nepít, pak se najednou vypaří a utratí co

má za alkohol. Naši klienti jsou velmi ovlivnitelný a zneužitelný v podmínkách otevřeného života. Psychoterapie žádné nemáme, pouze pracovní a výtvarné terapie.

Z hlediska naší organizace standardů, když ty změny přišly, tak to bylo pro ně těžký. Změna je pro ně těžká. Oni to tu berou jako svůj domov. Ty klienti jsou sžitý s tou obcí, oni to budou brát jako ublížení. Je to pro ně domov. Když dělali to chráněný bydlení, tak oni měli pocit, že se jich chceme zbavit. S obcí jsou sžitý, zajdou si na pivo, zahrají fotbal, jedou do práce do Žatce. Ty lidi je tady v okolí přijímají, jsou na ně zvyklí už od dětství. Pozdraví se, prohodí pár slov.

Nám se hodně dařilo zaměstnávat klienty – to vidím jako přínos zařazování do společnosti. Klientům to přináší radost, cítí se být důležitý, když můžou ukázat výplatní pásku.

Záměr sehnat byty v Žatci pro ty pracující klienty. Narazili jsme na to, že ty byty nebyly k dispozici. Pokud by to klienti chtěli. Už jsem nastínila to, že ty klienti o to nestojí.

Naši klienti jezdí do zaměstnání, do práce tak mají nakročeno, že by tam mohli bydlet a pracovat, tam bych viděl první krok té transformace. Zase je otázka jestli by chtěli. Vysvětlit jim, co by to obnášelo, naučit je samostatnosti.

U těch klientů s těžším stupněm postižení nevidím problém, když na to budou zvyklí. Ty starší jsou zvyklý na režim a každý vytržení na ně nepůsobí dobře.

Oni nejsou schopný nám říci, jestli chtějí nebo nechtějí. Kdyby se to vyzkoušelo, tak se to zjistí, jestli by se jim tam líbilo. Zeptat se toho klienta je

nejdůležitější.

Budíčky a večerky zrušili. Snídaně je v určitou hodinu, tak ti klienti musí přijít, to je jasné.

Ty klienti jedou domu, a pak přijede a řekne, že je doma. Oběhne celý barák, zjistí, jestli jsou vyneseny koše.

Postavili jsme 14 bytů u našeho zařízení, tam jsme přesunuli klienty, kteří chtěli. Klienti se podíleli na výběru nábytku, bytu barvy. Mají svojí kuchyň a kurs vaření. Tři klienti se vrátili, z 1 finančních důvodů, 1 měl problémy a 1 se nenaučil tam žít, chodil k nám a trávil čas raději v kolektivu. Těm ostatním narostlo dost silně sebevědomí, zjistili výhodu té volnosti – svobody. Mají samostatnější život

Klienti, kteří jsou na tom zdravotně lépe, by se mohli tady v rámci obce dostat do zřízených příbytků, kde by fungovali, v rámci obce by byl dohled, mohli by si zajít do ústavu, mají tady i práci. Je tady nějaká budova, kde by se to dalo zřídit, je to o penězích.

Pro nás je to složitější, jsme na hranicích v horách, když máme někam jezdit, tak je to složitý. Tady třeba nejezdíme 2 tři dny. Ale myslím si, že jednou to stejně přijde.

Byl bych rád, kdybych získal ve městě bydlení pro ty nejsamostatnější klienty. Je zde ale problém s byty. Jednal jsem s městem, ale to byty nemá, protože je předalo společnosti, která se tím zabývá. Nepovažuji za rozumný ty víc postižený dávat pryč. Ty samostatnější by dali do bytů a chodili by jim

z ústavu pomáhat a koukat na ně.

V současné době bych transformaci aktuálně neviděla nutnou. Jiné ústavy jsou na tom hůř, tak tam ano. My máme dobré vedení, máme směr, moderní metody, hodně výběrů pro klienty.

To není otázka pro sociální pracovníci, ale pro vedení. Já s klienty nepracuji, ale dělám servis kolem (soud, finance, rodiny).

3/ S jakými podněty, motivací pro změnu nebo konkrétními kroky se setkali?
--

V rámci ústavu jsme nedělali žádné transformační změny. Při rekonstrukci jsme zachovali původní návrh, kde už byly i kuchyňky. S pojmem transformace jsem se setkala na jednáních při komunitním plánování a jednání se zástupcem transformačního centra. Čtu „Zpravodaj ...“, který vydává Centrum pro transformaci.

Vytvořili jsme tři jednotky bydlení pro 8, 12 a 12 lidí, které mají společnou kuchyň a hygienické zařízení. Schopnější klienti zde vedou samostatnější život, a to nás motivuje pokračovat v přebudovávání stylu bydlení uvnitř ústavu. Klienti se zde mohou například sami vařit.

V našem ústavu máme klienty se středním stupněm mentální retardace a víme, že by mohli vést samostatnější život, to nás motivuje jim vytvářet k tomu možnosti samostatnějšího bydlení v průběhu chodu zařízení. Mám jeden případ, který mě spíš motivuje k opatrnosti před přílišnými změnami.

Případ:

Bývalé vedení rozhodlo o přesunutí našeho schopnějšího klienta do ústavu pro seniory. Ačkoliv se ústav nacházel v blízkém okolí, klient následkem změny strádal. Nakonec jsme si po třech letech vymohli, aby se klient vrátil. On se po návratu psychicky zlepšil, ale úplně přestal mluvit. Na jedné dovolené se mi podařilo ho rozmluvit a on řekl, že už mluvit nebude, protože jsme se na něj vykašlali a dali ho jinam. On to cítil jako odmítnutí. Od té doby už nepromluvil.

Hodně o změnách mluvili, když realizovali plány a kroky chráněného bydlení.

V rámci naší městské správy byla vybudována chráněná bydlení.

Přípravný bydlení. Máme tam páry. V květnu 2009 možnost párového soužití. Snížili vícelůžkový pokoje, *protože to nebylo v souladu s tím právem na soukromí. (moje myšlenka.)* V televizi jsem se setkala s Karlovarským krajem – Házlov. Ta myšlenka je úžasná, jak jsem to viděla v těch médiích, podporoval to kraj. Já vím, v našem kraji je to taky.

Postavili byty a klienti začali chodit do práce mimo zařízení. Vidím to jako přínos postavit si ta chráněná bydlení uvnitř ústavu, někteří klienti uvítali, že mají soukromí, jiní mají raději kolektiv. Někdo to zkusí být sám, ale může se vrátit do ústavu bez potíží, když je to v rámci ústavu. Seskání se zástupci kraje ohledně transformace. Letáček o transformaci.

Podněty – hledají možnosti chráněného bydlení v obci, bavili se o tom,

80% personálu v tom vidí plus, že by to zvládli.

Informace mám, nikdo konkrétně za mnou nepřišel, aby mě s něčím seznamoval.

Hovořili o tom hodně před 3 lety a rozhodli se udělat tréninkový byty, kde podporují samostatnost klientů. Klienti zde žijí samostatně a při tom mohou využívat služby ústavu. Jedná se o 3 byty po dvou lidech.

Na začátku i proti tomuto kroku protestovali někteří, ale dnes pracovníci ví, že to půjde dál.

Byla tu paní z národního centra před měsícem, naslouchala především mému názoru. Když jsem jí řekl, že někteří mají raději velký kolektiv, tak se mnou souhlasila. Ona byla samozřejmě pro transformaci.

Mluvílo se o tom na vedení. Také jsem byla na semináři o transformaci na kraji, ale to jsem předala vedení, nepřísluší mi o tom rozhodovat. Podněty čerpám také na univerzitě, kde druhým rokem studuju.

S vedením o transformaci nikdy nemluvili. Neví, že v kraji již transformace probíhá u dvou ústavů. V současné době studuje sociálně právní školu, ale ani tam nezaznamenala, že by probíhala transformace.

4/ Chcete se osobně těchto změn účastnit?

Změn v této oblasti bych se ráda účastnila, avšak do té míry bydlení pro lidi s lehkým postižením. Otázka je, jestli by oni sami chtěli. Máme tu dívku, která

by na to měla schopnosti, nabízeli jsme jí, že jí seženeme chráněné bydlení, avšak ona odmítla. Vysvětlili jsme jí, o co se jedná, ale nechce jít pryč, je tu 20 let.

Myslím si, že ne každý klient je schopný žít v komunitě, a proto bych podporoval transformaci jen částečnou. Ano, chtěl bych se jí účastnit, ale myslím, že je to finančně nereálné.

Kdyby se tady začaly dít ty změny a byly by na to peníze, možnosti, že každý klient by měl svého asistenta, tak já bych jim to přála. Chtěla bych se toho účastnit.

Ano, v určité míře, pokud by byly otevřené dveře, pak ano. Cítí v poslední době vyhořelost.

Není příznivec. Má však plány, že v rámci budovy by na půdě vybuodovala byty pro klienty a velkou společenskou místnost, a tak zlepšila jejich podmínky bydlení. Jde jí o to, aby klienti měli pěkné a důstojné bydlení, prostory, a tak se snaží o stylové a vkusné vybavení pokojů. Také záchody a koupelny jsou zcela nově zrekonstruované. Jídlna je příjemným místem k posezení. Podmínky, které klienti zde mají, jsou v úhlu pohledu jejího domova na stejné úrovni

Asi bych nejdřív přemýšlela jakým způsobem s těmi penězi naložit, aby to mělo ten efekt a udržitelnost. (*Pozn. - řečeno v celkovém kontextu naklonění k transformaci v určité míře*)

Ano, pokud by byla příležitost, měli by přirozené bydlení a služby tak ano, ale pořád platí, že je to pro ty mladší klienty, ty starší, pokud by to chtěli. Jsou tady jisté body, které bych zohlednil: stáří a neschopnosti změny, schopnost

klientů vyjádřit co, chtějí, vůli klientů a věk klientů (je to hlavně pro mladý lidi)

Ano

Ano

Ano, ale jen u lehkých postižení.

Ano, v určité míře mé představy o transformaci.

Ano, nebyla bych proti.