

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta humanitních studií

Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. Olga Košťálková

**Chráněné bydlení pro osoby s fyzickým postižením**

*Diplomová práce*

Vedoucí práce: Mgr. Petr Vrzáček

Praha 2013

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 13. června 2013

Olga Košťálková

### **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu této diplomové práce panu Mgr. Petru Vrzáčkovi za podnětné konzultace, podporu a motivaci ke zpracování zvoleného tématu a Bc. Lucii Peškové za přínosné telefonické konzultace a poskytnutí potřebných informací. Dále všem respondentům, kteří byli ochotni k poskytnutí rozhovoru a jejichž otevřenost a ochota vedla k výstupům této diplomové práce.

## Obsah

Abstrakt .....	7
I. Úvod .....	9
II. Teoretická část .....	12
1. Pojmy .....	13
2. Popis současného společenského dění ve vztahu ke službám pro osoby se zdravotním postižením .....	16
2.1. Deinstitutionalizace .....	16
2.2. Proces deinstitutionalizace .....	17
2.3. Předpoklady úspěchu transformace sociálních služeb .....	18
2.4. Změny v poskytování sociálních služeb.....	19
2.5. Deinstitutionalizace v zahraničí.....	20
2.6. Deinstitutionalizace v České republice.....	25
2.7. Legislativa .....	30
2.8. Shrnutí .....	33
3. Sociální služby pro osoby se zdravotním postižením .....	35
3.1. Systém sociálních služeb.....	35
3.2. Registrace .....	38
3.3. Standardy a kvalita .....	39
3.4. Kritéria komunitní sociální služby .....	45
3.5. Financování sociálních služeb.....	46
3.6. Shrnutí kapitoly .....	50
4. Chráněné bydlení .....	51
4.1. Vymezení chráněného bydlení.....	51
4.2. Proč právě chráněné bydlení? .....	54
4.3. Poskytování služby chráněné bydlení .....	54

4.4.	Průchod uživatele službou chráněné bydlení .....	55
4.5.	Pozitiva a negativa chráněného bydlení .....	57
4.6.	Organizační struktury chráněného bydlení .....	57
4.7.	Pracovníci ve službě chráněné bydlení .....	58
4.8.	Prostředí pro poskytování služby .....	59
4.9.	Transformace velkokapacitního zařízení na chráněné bydlení .....	62
4.10.	Náplň volného času uživatelů chráněného bydlení .....	62
4.11.	Možnosti rozvoje uživatelů chráněného bydlení.....	63
4.12.	Specifika chráněného bydlení pro osoby s fyzickým postižením .....	63
4.13.	Shrnutí kapitoly .....	64
5.	Metodické materiály.....	65
5.1.	Shrnutí .....	71
6.	Individuální přístup k uživatelům služby .....	72
7.	Individuální plánování ve vztahu k chráněnému bydlení.....	74
7.1.	Cíle individuálního plánu .....	76
8.	Shrnutí teoretické části práce .....	78
I.	Empirická část .....	80
9.	Analýza nabídky chráněného bydlení v ČR pro osoby se zdravotním postižením .....	80
10.	Metodologie .....	84
10.1.	Cíl výzkumu .....	84
10.2.	Výzkumný problém.....	84
10.3.	Teoretický koncept.....	85
10.4.	Výzkumné otázky.....	86
10.5.	Celkový přístup a jeho zdůvodnění.....	87
10.6.	Analytická procedura a zjištění .....	93
11.	Zodpovězení výzkumných otázek.....	103
12.	Hlavní zjištění a doporučení.....	110

13.	Diskuze.....	114
14.	Závěr .....	116
15.	Zdroje .....	118
16.	Přílohy.....	124
	Příloha č. 1: Projekt diplomové práce .....	125
	Příloha č. 2: Diagram č. 1 Axiální kódování.....	130
	Příloha č. 3: Diagram č. 2. Selektivní kódování.....	131

## Abstrakt

Diplomová práce „Chráněné bydlení pro osoby s fyzickým postižením“ se věnuje aspektům, které zasahují do vzniku a úspěšného poskytování této služby. Jedná se o aktuální otázku, která je v souladu s cíli probíhajícího procesu transformace sociálních služeb, který směřuje k individualizaci sociální péče a přechodu ke komunitnímu typu pobytových služeb s důrazem na sociální začlenění uživatelů, což by služba chráněného bydlení měla pomoci naplnit.

Prvotním záměrem práce bylo prozkoumat využití, případně absenci, metodických materiálů ve vztahu k chráněnému bydlení a na základě těchto zjištění navrhnout jejich úpravy či doplnění. Dále nahlédnout do důvodů, které způsobují nedostatek chráněného bydlení pro osoby s fyzickým postižením oproti možnostem pro osoby s postižením mentálním.

Data byla sbírána prostřednictvím hloubkových rozhovorů s poskytovateli chráněného bydlení (či jejich zástupci) a analyzována dle principů kvalitativního výzkumu pomocí otevřeného, axiálního a selektivního kódování.

V průběhu sběru a analýzy dat vyplynulo, že poskytovatelé metodické materiály příliš nevyužívají a neudávali tedy jejich výrazný dopad na praxi. Naopak poskytovatelé zmiňovali jiné aspekty, které poskytování chráněného bydlení pozitivně ovlivňují.

Kromě zodpovězení výzkumných otázek, které se týkají výše zmíněných oblastí, práce shrnuje hlavní poznatky z výzkumu, které poskytovatelé udávají jako podstatné a definuje časté problémové oblasti a návrhy jejich řešení dle strategií využívaných poskytovateli. Těmito oblastmi jsou zajištění financí pro provoz služby (snížení nákladů služby), motivace a vzdělávání, místo pro chráněné bydlení a průběh poskytování služby.

**Klíčová slova:** chráněné bydlení, fyzické postižení, transformace sociálních služeb, metodické materiály, eliminace nákladů, sociální začlenění a rozvoj uživatelů.

## **Abstract**

The thesis "Sheltered Housing for People with Physical Disabilities" deals with the aspects that affect the formation and successful delivery of this service. This is a current issue, which is consistent with the goals of the ongoing process of transformation of social services. This process aims at the individualization of social care and the transition towards community-type residential services with an emphasis on social inclusion, which the sheltered housing service should aid to fulfill.

The primary purpose of the study was to investigate the use, or absence, of methodological materials in relation to the sheltered housing and on the basis of these findings, propose modifications or additions of these methodological materials. The other goal is to explore into the reasons that cause the lack of sheltered housing options available to people with physical disabilities compared with the options available for people with mental disabilities.

Data were collected through in-depth interviews with providers of sheltered housing (or their representatives) and analyzed according to the principles of qualitative research using open, axial and selective coding.

The data collection and analysis process indicated that the providers of sheltered housing do not use methodological materials as much as I expected and therefore they did not indicate a significant impact of the methodological materials on their practice. Conversely, the providers mentioned other aspects that positively influence the rendition of sheltered housing services.

Besides answering the research questions that relate to the above-mentioned areas, the thesis summarizes the main findings from the research that providers believe to be significant. Next the thesis defines common problematic areas and suggests solutions using the strategies employed by the providers. These problematic areas include securing funding for providing the service, motivation and learning, a location for sheltered housing, and the process of providing the sheltered housing.

**Keywords:** sheltered housing, physical disability, transformation of social services, methodological materials, cost avoidance, social inclusion, and growth of users.



## I. Úvod

V dnešních dnech probíhá postupný proces deinstitucionalizace sociálních služeb. Velká pobytová zařízení by se měla, za podpory státu a Evropské Unie, transformovat do menších komunitních služeb. Jak však odborníci, zabývající se procesem deinstitucionalizace, podotýkají, nejde jen o přesun z velkého do malého zařízení, ale převážně o změnu ve službách a ve způsobu jejich poskytování uživatelům.

Jsou to právě služby, které mohou ovlivnit kvalitu života jedinců potřebujících podporu sociální péče. Pokud by se proces transformace omezil pouze na fyzický přesun z velkého do malého zařízení, objevuje se velká pravděpodobnost vzniku rizika ještě větší izolace a omezení uživatelů služby (zprerháním původních sociálních vazeb a návyků). Celkově se tedy jedná o složitý proces, jehož nedílnou součástí je vzdělávání a rozvoj stávajících pracovníků v sociálních službách tak, aby byli schopni naplnit nové požadavky na poskytování sociální služby a přenést změnu do jejího poskytování.

V současné době je transformace sociálních služeb aktuálním tématem. V České republice probíhá projekt Podpora transformace sociálních služeb, do kterého je zapojeno 32 organizací ze všech krajů České republiky (kromě hl. m. Prahy).

Existuje více druhů sociálních komunitních služeb, které mohou převzít současnou funkci ústavů. Jednou z nich je chráněné bydlení. Služba chráněného bydlení poskytuje osobám se zdravotním postižením možnost zapojit se do běžného života a umožní jim dosáhnout nezávislosti na instituci i rodině a proto se ve své práci zaměřují právě na tuto službu. Služby tohoto typu jsou zásadní pro naplnění kvality života osob se zdravotním postižením, zároveň mohou pomoci neustále zlepšovat stávající schopnosti a dovednosti uživatelů, tak aby se stali maximálně nezávislými na pomoci okolí.

Vznik nových míst chráněného bydlení je aktuální a v souladu s požadavkem na deinstitucionalizaci a transformaci sociálních služeb. Chráněné bydlení není však jen pro stávající uživatele ústavních zařízení, ale i pro ty osoby se zdravotním postižením, které zatím žijí s rodinou a touží se osamostatnit a postavit na vlastní nohy. I když se soužití s vlastní rodinou může zdát jako ideální situace, zvláště pro mladé osoby se získaným fyzickým postižením, tomu tak není.

V současné době v České republice probíhá proces rozvoje komunitních služeb, včetně chráněného bydlení. Zatím však neexistuje dostatek míst v chráněném bydlení a tak mnoho uživatelů ústavů v instituci setrvává a uživatelé žijící v domácím prostředí, kteří touží po vlastním bydlení, mají málo šancí.

Dalším jevem, který provází přechod ke komunitním službám, tedy i vznik chráněného bydlení, je zaměření těchto služeb na uživatele s mentálním či kombinovaným postižením (jak je doloženo níže v této práci). Pro osoby s fyzickým postižením, jehož rozsah jim znemožňuje samostatný život, je možností umístění v chráněném bydlení naprostý nedostatek. Jejich potřeby s sebou však nesou mnoho specifík a oblastí, se kterými je třeba se vyrovnat a to jak z oblasti řízení celého procesu a následné služby, tak z hlediska přímé péče.

Toto téma je pro mne aktuální z důvodu mého profesního styku s osobami s fyzickým postižením. Nesetkávám se sice přímo s uživateli, kteří žijí v ústavech, ale s klienty, kteří žijí v rodinách a o zlepšení své situace intenzivně usilují, pracují intenzivně a snažím se o podporu dosažení plnohodnotného života dle jejich představ. Právě u těchto jedinců vnímám velkou potřebu osamostatnit se a vymanit se zpod ochrany a řízení druhými osobami. Osobně jsem některým z nich pomáhala při hledání možnosti pobytu v chráněném bydlení, bohužel neúspěšně. A právě tyto situace mne dovedly k myšlence zvoleného tématu diplomové práce. V průběhu formování konkrétního obsahu práce, jsem se více zaměřila na proces transformace, z důvodu možnosti využít přímé zkušenosti poskytovatelů se zřizováním chráněného bydlení.

Cílem práce je zmapovat současnou situaci v oblasti transformace sociálních služeb a chráněného bydlení. Prostudovat dostupné materiály pro podporu uskutečnění tohoto přechodu a ověřit jejich využitelnost v praxi. Na základě výsledků šetření pak navrhnout doplňující doporučení k úspěšnému vzniku, zavádění a provozování chráněného bydlení pro poskytovatele sociálních služeb.

Textová část práce se věnuje mapování současné situace v oblasti sociálních služeb, jejich transformace a chráněného bydlení. Na tuto část navazují výsledky vlastní práce.

Informace byly čerpány převážně z metodických materiálů Ministerstva práce a sociálních věcí, Národního centra pro podporu transformace sociálních služeb, poskytovatelů chráněného bydlení a legislativy.

## **II. Teoretická část**

Teoretická část diplomové práce rozebírá aktuální situaci v oblasti poskytování sociálních služeb. Popisuje proces deinstitutionalizace, legislativu a metodické materiály, které vznikly za účelem podpory těch poskytovatelů sociálních služeb, kteří se na přechod teprve chystají. Od obecné roviny se postupně dostává k jádru diplomové práce – chráněnému bydlení a snaží se o detailní rozbor služby.

V teoretické části jsou nejprve definovány dále používané pojmy a následně je členěna do tematických celků zabývajících se nejprve generálními tématy deinstitutionalizace a sociálních služeb pro zdravotně postižené (orientačně) a posléze již konkrétně chráněným bydlením, jeho principy a specifiky.

Cílem teoretické části je zmapovat principy, již existující organizační řešení a doporučení zpracovaná odborníky týkající se poskytování služby chráněné bydlení.

## **1. Pojmy**

### **Chráněné bydlení**

Pojem chráněné bydlení je definován zákonem 108/2006 Sb. o sociálních službách. Dle tohoto zákona je chráněné bydlení pobytovou službou poskytovanou osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění a potřebují dopomoc druhé osoby.

Služba podle odstavce 1 zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách, obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- b) poskytnutí ubytování,
- c) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- d) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

(Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Chráněné bydlení je nejčastěji poskytováno formou skupinového spolubydlení. Detailnějšímu rozboru pojmu se bude věnovat kapitola 5. chráněné bydlení, kde budou rozebrány veškeré aspekty této služby.

### **Zdravotní postižení**

Dle § 67 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů jsou osobami se zdravotním postižením ty fyzické osoby, které byly orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidními v prvním, druhém či třetím stupni.

## **Fyzické postižení**

V této práci je pojem fyzické postižení chápán jako zdravotní postižení postihující převážně fyzické (tělesné) funkce s důrazem na omezení pohybové.

## **Deinstitucionalizace**

Ministerstvo práce a sociálních věcí definuje pojem deinstitucionalizace jako: *„Proces, ve kterém dochází k proměně instituce jak ve smyslu formalizované struktury pravidel, řádu a filosofie služby, tak ve smyslu sídla (umístění v objektu a komunitě) tak, aby výsledná struktura a provozování služby byly primárně orientovány na potřeby uživatelů a ne potřeby formalizované organizace-instituce. Je jí dosahováno proměnou institucionální péče v péči v „komunitě“.“* (MPSV, 2009)

V dokumentu *„Koncepte podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti.“* vydaném Ministerstvem práce a sociálních věcí (2007) je používán pojem deinstitucionalizace hlavně ve smyslu přechodu směrem k poskytování sociálních služeb, které jsou zaměřené na individuální podporu života člověka v přirozeném prostředí.

V Evropské unii je pojem deinstitucionalizace vykládán jako manažerský proces změny systému. (MPSV, 2007)

Ve své práci chápu pojem deinstitucionalizace jako řízenou změnu systému a jeho směřování za účelem poskytování péče zaměřené na uživatele, která podporuje jeho začlenění do společnosti a zkvalitnění života.

## **Zadavatel**

Zadavatelem je ten, kdo službu objednává a platí, standardně z veřejných zdrojů. V České republice bývá zadavatelem nejčastěji obec nebo stát.

## **Poskytovatel**

Poskytovatelem může být *„fyzická nebo právnická osoba, která má oprávnění poskytovat sociální službu a je vedena v Registru poskytovatelů sociálních služeb.“* (Čermáková, Holečková et al., 2008)

V empirické části této diplomové práce je pojem poskytovatel používán též k označení zástupce poskytovatele, který byl respondentem rozhovoru.

### **Uživatel**

Osoba, která využívá sociální služby dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. (MPSV, 2009)

### **Kvalita života**

Lze vypátrat mnoho různých definic kvality života, které pojí zahrnutí fyzických, duševních a sociálních potřeb a stav jedince v těchto oblastech.

Jedna z definic kvality života vychází z Maslowovy teorie potřeb, která tvrdí, že naplnění základních fyziologických potřeb (nasyčení, spánek, úleva od bolesti) je předpokladem k uspokojení potřeb subtilnějších (potřeba bezpečí, potřeba blízkosti jiných, potřeba sebeúcty). (Vojenské zdravotnické listy, 2004)

Doplňuji, že naplnění základních potřeb je pouze předpokladem k naplnění potřeb subtilních. Samy osoby se zdravotním postižením jsou však důkazem, že po naplnění potřeb základních, nemusí následovat naplnění potřeb vyšších. Osoby se zdravotním postižením často nemají v moci zajistit naplnění vyšších potřeb a jsou odkázány na pomoc okolí. Možná není nutné zmiňovat, že ve velkých pobytových zařízeních ani ve vyčerpané rodině tato kapacita není.

Kvalita života je vícerozměrná veličina odvislá od subjektivního vnímání konkrétní situace daným jedincem. Pojem kvalita života ve své práci posuzuji dle míry, do jaké je osobám se zdravotním postižením umožněno překonat své omezení a žít životem zdravého člověka odpovědného za svou současnou situaci.

## **2. Popis současného společenského dění ve vztahu ke službám pro osoby se zdravotním postižením**

V dnešních dnech je znatelný obecný a téměř celosvětový trend směřující k individualizaci sociální péče – poskytování služby tak, jak ji uživatel potřebuje, nikoli tak, jak nastavil její poskytování poskytovatel. Jelikož jde o rozsáhlou a komplikovanou změnu, je pro ni potřebná systémová podpora. Hlavním nástrojem tohoto záměru je deinstitutionalizace, které je věnována následující kapitola.

### **2.1. Deinstitutionalizace**

Humanizace a tendence společnosti k individualizaci sociálních služeb začala v Evropě již v období po druhé světové válce. Země dnešní Evropské unie se zabývají realizací procesu deinstitutionalizace a podporou práva žít v přirozené komunitě pro všechny občany od 70. let minulého století. Česká republika však přistoupila k otázce řešení lidských práv, stejně jako jiné postkomunistické země, se zpožděním několika desetiletí. (MPSV, 2007)

Deinstitutionalizace znamená odklon od poskytování sociálních služeb formou neosobních velkých pobytových zařízení, které nekladou důraz na individuální potřeby uživatelů a jejich hlavním cílem je uspokojení jejich základních potřeb.

Deinstitutionalizace znamená přechod uživatelů z výše zmíněných velkokapacitních zařízení do komunitních služeb, kdy dojde nejen ke změně prostředí, ale hlavně ke změně přístupu v poskytování služby. Ruku v ruce se změnou místa jde začlenění individuálního plánování a maximálního využívání a rozvoje stávajících schopností jedince.

Deinstitutionalizace však neznamená jen přesun uživatelů a rušení institucí, ale také prevenci nevhodného zapojování uživatelů do pobytových služeb – tzn. poskytnutí dostatečné podpory rodině a doprovodných služeb. Tento aspekt změny je prevencí a podporou pro ty potenciální uživatele, kteří dosud žijí v rodině, ale touží po osamostatnění či v případě, že rodina již péči samostatně zajistit nezávládne.

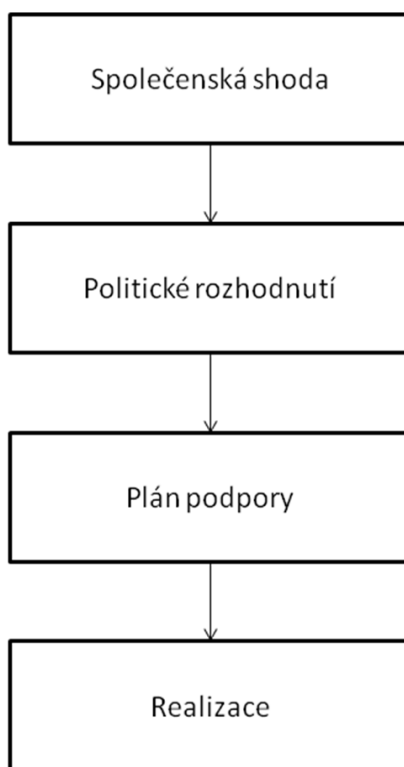


Jedná se o rozsáhlou a zásadní změnu, ke které je nutný tlak a dopomoc systému, zřizovatelů i celé společnosti.

## 2.2. Proces deinstitucionalizace

Deinstitucionalizace je proces změny, který má své jednotlivé fáze od prvotních impulsů iniciace procesu, přes rozhodnutí o realizaci až po samotné zavádění změny.

Obr. 1. Proces deinstitucionalizace – transformace sociálních služeb



Zdroj: Vlastní tvorba

Prvním hybatelem procesu změny, v tomto případě transformace sociálních služeb, je potřeba uvnitř společnosti, která poukazuje na nepříznivost současné situace. Tato potřeba byla podnícena celkovým rozvojem společnosti – zejména úrovní vědění a poznání, ale, v případě České republiky, i možnost srovnání s ostatními státy.

V momentě, kdy se společenská potřeba něco změnit projeví; tzn.: začnou vznikat nové služby, vystupují kompetentní osoby, mění se poptávka; přijde na řadu nutnost vzniku státní a politické podpory. V případě transformace sociálních služeb je politická

a státní podpora významná, vzhledem k jejich úzkému propojení se státní sférou a tím, že se jedná o rozsáhlou systémovou změnu. Státní a politická podpora slouží k iniciaci rozšíření změny, k podpoře a umožnění změny a následně k hodnocení celého procesu. Právě iniciace a příprava ke změně (hmotná i duševní) je velmi obtížnou fází (vysoké náklady, přesvědčení a příprava pracovníků) a vyžaduje proto velkou míru podpory.

Zapojení státu lze rozdělit do dvou fází – politické rozhodnutí a plán podpory. Politické rozhodnutí definuje a formalizuje společenskou shodu a plán podpory dodává způsob, jak dosáhnout jejího naplnění.

Další, a z mého pohledu stěžejní, je samotná realizace změny, kdy poskytovatelé sociálních služeb musí zhmotnit představu společnosti o poskytování péče. Ze strany poskytovatelů tato fáze vyžaduje velké aktivní zapojení a potýkání se s reálnými překážkami v průběhu změny (nedostatek motivace, vzdělání, potíže s umístěním nové služby a další). Pro opravdové a nejen formální dosažení naplnění politického rozhodnutí je potřebné, aby poskytovatelé porozuměli důvodům a plánovaným dopadům změny a byli s nimi ztotožnění. Sociální služby, jako obor, jehož kvalita přímo odvisí od pracovníků v přímé péči, nelze změnit jen administrativně a organizačně. Pro reálný pozitivní dopad změny je zásadní i opravdová změna v přístupu a smýšlení jednotlivých pracovníků.

*„Samotná proměna sociálních služeb je však otázkou individuálního přístupu každého zařízení.“ (MPSV, 2007)*

### **2.3. Předpoklady úspěchu transformace sociálních služeb**

Výše zmiňuji, že jde o složitý proces vyžadující podporu. Dále představím předpoklady, které jsou zásadní pro jeho úspěšnou realizaci:

- Naplánování procesu, postupných kroků realizace, finanční zajištění, analýza rizik a to jak na úrovni systémové, tak i na úrovni každého zařízení, které změnu podstupuje.
- Politický závazek – nadnárodní, vnitrostátní.

- Legislativní podpora – existence zákonů a vyhlášek, které podporují nový způsob poskytování sociálních služeb. Idea transformace pobytových služeb je zákonně ošetřena.
- Společenská podpora – pozitivní vnímání změny společností.
- Finanční podpora státu, institucí veřejné správy, nadnárodních subjektů (např.: EU, Strukturální fondy).
- Osvěta u veřejnosti i samotných uživatelů, aktivní spolupráce účastníků procesu, uživatelů služeb, zařízení ústavní sociální péče, obcí, krajů a resortů a v neposlední řadě vzdělávání pracovníků sociálních služeb. (MPSV, 2007)
- Metodická podpora státu a dalších institucí veřejné správy. (MPSV, 2007)
- Motivace poskytovatelů sociálních služeb ke změně.
- Zapojení všech zúčastněných stran od počátku procesu (Konola, 2013) – zřizovatel, poskytovatel, zaměstnanci, uživatelé, rodinní příslušníci a opatrovníci, veřejnost.
- Vzdělávání pracovníků, uživatelů, veřejnosti.
- Aktivní spolupráce se zaměstnanci (jsou nezbytnou poskytování služby). (Konola, 2013)
- Zaměření na důsledky způsobu a formy poskytování služby pro uživatele.

#### **2.4. Změny v poskytování sociálních služeb**

Nový způsob poskytování sociálních služeb s sebou nese:

- Změnu místa poskytování služby – pobytové sociální služby již nebudou poskytovány ve velkokapacitních zařízeních.
- Změnu způsobu poskytování služby – Uživatelé se nepřizpůsobují chodu instituce, ale sociální služba umožňuje přizpůsobení individuálním potřebám uživatele.
- Vznik nových mechanismů poskytování služeb – důraz na komunitní služby, kombinace pobytové a ambulantní služby, využití terénních služeb. Podpora

samostatnosti uživatele, poskytnutí podpory pouze v nutných případech (oproti plošnému poskytování podpory všem uživatelům).

- Začlenění individuálního plánování zaměřeného na uživatele – uživatel je zapojen do plánování, plán obsahuje popis rozvoje uživatele směrem k jeho samostatnosti a aktivitě.
- Naplňování lidských a občanských práv – uživatelé mají rovné příležitosti a možnost vlastního rozhodování.

Hrozbou procesu je vznik malých institucí – organizací, které formálně naplní požadavky komunitní služby, ale prakticky budou uplatňovat principy velké instituce (režim poskytování služeb dle potřeb organizace, rozhodování dle prospěchu organizace, individuální plánování versus manipulace).

## **2.5. Deinstitutionalizace v zahraničí**

Proces deinstitutionalizace probíhá v USA, na Novém Zélandu a v zemích Evropské Unie od 70. let 20. století, byl tedy iniciován o mnoho dříve než v České republice. Níže uvádím příklady států, kde deinstitutionalizace již úspěšně probíhá.

### **USA**

Spojené státy zažily dvě vlny deinstitutionalizace. První vlna začala v roce 1950 a byla cílena na osoby s duševním onemocněním. Druhá vlna začala zhruba o 15 let později a byla zaměřena na jednotlivce, u kterých bylo diagnostikováno vývojové postižení. Deinstitutionalizace pokračuje i dnes, přesuny jsou však stále menší, jelikož je méně lidí umísťováno do institucionálních zařízení. (Stroman, 2003)

Přibližně 92 procent osob, které žily v roce 1955 v psychiatrických ústavech, žijí v roce 1994 v komunitních službách či domácnostech. (Frontline, 2005)

### **Velká Británie**

Proces deinstitutionalizace ve Velké Británii měl být dokončen roku 2008. Avšak dle Hamlin a Oakes (2008) může být úspěch této iniciativy považován přinejlepším za nejistý.

Na pozadí deinstitucionalizace ve Velké Británii lze nalézt významný názorový vliv, který se vyvinul ve druhé polovině 20. století. Zásadním byl přínos Ervinga Goffmana, jednoho z nejvlivnějších sociologů 20. století, který zveřejněním svého textu *Asylums*, učinil zásadní krok ve vývoji deinstitucionalizace. Jeho teorie „totální instituce“, která vznikla sloučením sociologických teorií a přímého pozorování osob s duševním onemocněním v nemocnicích, poukazuje na neblahý vliv institucí na zdraví jedinců. Tvrdí, že instituce svým působením staví jedince do role pacienta a tím mu ubírají jeho přirozené sociální role. (Weinstein, 1982). Dále Goffman a další popisují destruktivní účinky institucí nejen na život lidí, kteří v nich žijí, ale i těch, kteří v nich pracují. (Hamlin, Oakes, 2008)

Poté byla definována politika usilující o lepší sociální služby v dokumentu „White paper“(Department of Health, 1971) ošetřující program deinsitucionalizace ve Velké Británii, který začal být záhy realizován.

Od roku 1960 do roku 2003 klesl počet osob s dušením onemocnění žijících v institucích z 65 000 na 1 500. Denistitucionalizace se může zdát téměř dokončena. Pro ty, kteří plánují a poskytují služby, výzvy však teprve začaly. (Hamlin, Oakes, 2008) Deinsitucionalizace neznamena jen zrušení institucí, ale hlavně pozitivní dopad pro uživatele. Hlavními současnými cíli se tedy stává:

- vznik běžných domů v běžném prostředí,
- schopnost poskytnutí speciální podpory,
- příležitosti k náplni volného času a výkonu zaměstnání,
- vznik přirozených sociálních vazeb.

## **Kanada**

V roce 1974 byl v Ontariu schválen „Developmental Services Act“ (nedávno nahrazen „Services and Supports to Promote the Social Inclusion of Persons with Developmental Disabilities Act“), který měnil způsob poskytování podpory osobám s mentálním postižením. Od té doby byly služby zaměřeny na zvýšení kvality jejich života prostřednictvím podpory začlenění a komunitní integrace. Výsledkem této snahy bylo uzavření tří zbývajících velkokapacitních institucí v roce 2004. (Lynn, Ashworth, 2010)

## **Švédsko**

Švédsko je zemí, ve které proběhla transformace sociálních služeb úspěšně. V 70. letech 20. století existovalo ve Švédsku 125 ústavů, v roce 2003 žije 60 % osob s mentálním postižením ve skupinových domovech (společná domácnost pro několik uživatelů), 20 % samostatně a 20 % u rodičů. (Grunewald, 2003)

Každý rok se, díky zlepšení dovedností, přesune určitý počet uživatelů ze skupinového do individuálního bydlení v sousedství. Díky přestěhování v rámci jedné lokality, neztratí kontakt s přáteli a personálem. (Grunewald, 2003)

## **Finsko**

Proces deinstitucionalizace ve Finsku je ošetřen v Národním plánu (zveřejněném v březnu 2012). Hlavními principy finského Národního plánu jsou sebeurčení, uzavírání institucí, školení zaměstnanců a práva dětí a je zaměřen na:

- Individuální pojetí celého procesu poskytování služby, které zohledňuje potřeby a přání uživatelů.
- Respektování práv uživatelů a jejich zapojení do rozhodování.
- Uzavírání institucí a souběžné vytváření nových způsobů organizace podpory.
- Vyškolený personál pracující v souladu se společenskými hodnotami.

(Konola, 2013)

V celém procesu není kladen důraz na uzavírání institucí, ale na vývoj nových služeb, které jsou vytvořené uživateli „na míru“ a hledání způsobů poskytování podpory v individuálních podmínkách (ne ve velkých komplexech a institucích).

V současné době probíhá ve Finsku Program pro organizaci bydlení pro osoby s mentálním a vývojovým postižením pro období 2010 – 2015, jehož cílem je: „*umožnit těmto osobám individuální bydlení v běžných podmínkách a tím posílit jejich sociální začlenění a rovné zacházení s nimi v komunitách i společnosti*“ se současným snižováním kapacity ústavů a rozvojem jednotlivých služeb (Konola, 2013).

Finsko disponuje velice kvalitními službami, ale přesto naráží na řadu problémů při jejich poskytování. Konkrétně to jsou:

- zeměpisné podmínky,
- hospodaření obcí,
- zadávání veřejných zakázek,
- demografické změny.

(Konola, 2013)

#### Sociální péče v severských zemích

I když byl finský Národní plán zveřejněn teprve v březnu minulého roku, je vhodné si uvědomit, že výchozí situace v oblasti sociálních služeb ve Finsku byla značně odlišná od té v České republice. Na základě zkušeností posbíraných během mého studijního pobytu v severských zemích si dovoluji tvrdit, že úroveň a způsob poskytování služeb byl směřován komunitním způsobem již před rokem 2012. Celý sociální a zdravotní systém umožňoval setrvání znevýhodněných osob v domácím prostředí díky poskytnutí dostatečné míry podpory. Jako hlavní důvody vnímám zákonné a politické ukotvení, finanční zdroje, zakotvené společenské povědomí a solidarita a osvědčené postupy díky dlouhodobé praxi.

#### **Maďarsko**

První tendence k transformaci jsou znatelné v 90. letech 20. století – vznik prvních komunitních služeb (dopravní služby, osobní asistence, osobní rozvoj, stravování – vše za úhradu uživatelem). V roce 2003 se však proces zcela zastavil. Opětovně proces

deinstitucionalizace formálně začal v roce 2011 Rozhodnutím vlády č. 1257/2011 o strategii a provádění vládních úkolů spočívajících v přechodu od poskytování ošetrovatelských a pečovatelských služeb osobám se zdravotním postižením velkými sociálními institucemi k poskytování těchto služeb v komunitním prostředí.

Strategií je vypracovat akční plány → zaměřit se na finanční zdroje EU → vytvořit metodiku hodnocení intenzity podpory → definovat rámce podporovaného bydlení → organizovat školení odborníků → vytvořit síť mentorů na podporu procesu a informovat společnost. (Szentkatolnay, 2013)

V současné době probíhá analýza rizik plánovaného procesu, shromažďování a předávání osvědčených postupů a vytváření metodických pokynů.

### **Slovensko**

První transformace zařízení sociální péče na Slovensku byla dokončena roku 2001. Vláda Slovenské republiky zahájila celorepublikový projekt v roce 2003 (Transformace existujících zařízení sociálních služeb), který spočíval v humanizaci stávajících služeb a v roce 2011 schválila vláda Slovenské republiky strategický dokument „Strategie deinstitucionalizace sociálních služeb a náhradní péče v SR“, jehož hlavním cílem je vytvoření a zabezpečení podmínek pro nezávislý život všech občanů odkázaných na pomoc společnosti a to v přirozeném prostředí komunity.

Národní projekt podpory transformace a deinstitucionalizace byl schválen v lednu 2013. Plánovaný průběh projektu je v některých bodech podobný jako v České republice. Základní oblasti projektu jsou vzdělávání, podpora podporovaného zaměstnávání, architektura budov a informování o nových komunitních službách a má být vytvořen expertní tým, který bude celý proces řídit. (Cangár, 2013)

### **Moldavsko**

První politické zakotvení procesu transformace sociálních služeb v Moldavsku bylo schváleno roku 2007 a týkalo se transformace sociálních služeb pro děti (Národní strategie a akční plán reformy systému péče o dítě). Transformace sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením byla však politicky ošetřena až roku 2011 (Strategie sociálního začleňování osob se zdravotním postižením) a zákonně ukotvena minulý rok (Zákon o sociálním začleňování osob se zdravotním postižením). (Ginu, 2013)



Proces transformace služeb pro osoby se zdravotním postižením je tedy v Moldávii teprve ve svých počátcích, pozitivní zprávou však je, že tendence zlepšování kvality života osob se zdravotním postižením pronikají a začínají být uplatňovány i ve státech východní Evropy.

## 2.6. Deinstitutionalizace v České republice

Podpora klíčových změn v oblasti poskytování institucionální péče, které by měly zohlednit proces sociálního začleňování jako hlavní myšlenku sociální politiky, je znatelná již v 80. letech 20. století. (MPSV, 2010) Odborná veřejnost se však věnuje otázkám deinstitutionalizace až v posledních 15-ti letech. (MPSV, 2007)

Jedním z prvních znaků odlišného smýšlení o sociálních službách bylo zavedení standardů sociálních služeb (2002), které směřuje k individualizaci a vyšší kvalitě poskytované péče.

Zásadním krokem v procesu transformace sociálních služeb (a deinstitutionalizace) se poté stalo usnesení vlády ze dne 21. února 2007 č. 127, kdy došlo k přijetí materiálu „Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“, který shrnuje zájem státu a podporu deinstitutionalizace, vládou ČR.

V celém procesu transformace sociálních služeb lze sledovat dva směry – transformace sociálních služeb pro seniory a transformace sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením. Každý z těchto procesů vyžaduje, vzhledem k potřebám uživatelů, specifický způsob řízení a podpory. V této práci se dále budu zabývat pouze transformací sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením.

*„Cílem transformace ústavní sociální péče pro osoby se zdravotním postižením, především mentálním a duševním, je vytvořit koordinovanou síť služeb pro uživatele umožňujících život v přirozené komunitě a minimalizovat dosud preferovaný způsob poskytování sociální služby prostřednictvím ústavní sociální péče.“ (MPSV, 2007)*

Pro dosažení tohoto cíle je zásadní zajistit odklon od financování ústavních služeb k financování služeb poskytovaných v komunitě a zaměření poskytování služeb

na uživatele, jeho individuální potřeby a podporu maximálního využití a rozvoje jeho stávajících schopností – takzvaná humanizace služeb.

V současné době je hlavním hybatelem procesu deinstitucionalizace Ministerstvo práce a sociálních věcí. Ministerstvo práce a sociálních věcí realizuje individuální projekt „Podpora transformace sociálních služeb“ financovaný Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky skrze operační program Lidské zdroje a zaměstnanost. Tento projekt je významným zdrojem financí pro transformující se zařízení, zvláště pro fázi přechodu, která vyžaduje zvýšené investice (výstavba nových domků, vybavení domácností). Projekt vychází z hlavních priorit Národního rozvojového plánu pro období 2007-2013 a Národního strategického referenčního rámce 2007-2013.

Další možností financování změny je využití projektů krajů a obcí podpořených z Integrovaného operačního programu pro programovací období 2007 – 2013 financovaných ze strukturálních fondů Evropské Unie.

### **2.6.1. Současný stav v České republice**

Do projektu Transformace sociálních služeb je v současné době zapojeno 32 ústavních zařízení ze všech krajů České republiky, kromě hlavního města Prahy. Tato zařízení poskytují služby pro cca 3800 uživatelů. Některá z těchto zařízení již založila komunitní služby, do kterých přesouvají stávající uživatele, některá se na přechod teprve připravují.

I přesto, že proces deinstitucionalizace v posledních letech v České republice aktivně probíhá, bylo v březnu 2012 v České republice 404 míst poskytování pobytových sociálních služeb, ve kterých žilo 15 293 lidí, z toho 1045 dětí. (Národní centrum podpory transformace, 2013)

V současné době je v České republice 85 % pobytových zařízení sociální péče zřizováno krajem nebo obcí. Terénní a ambulantní služby poskytují zejména nestátní neziskové organizace. (MPSV, 2007)

Ústavní zařízení reprezentují stabilní systém a po jejich službách přetrvává trvalá poptávka. (MPSV, 2007) Je však pravděpodobné, že vysoká poptávka není znakem zájmu o službu, ale nedostatkem služeb alternativních či informací o nich.

## **Problémy**

Níže vypisují okolnosti nepodporující transformaci sociálních služeb a potíže, které jí stojí v cestě:

- Vysoká poptávka po ústavních službách.
- Nedostatečná informovanost a vzdělanost pracovníků, uživatelů, veřejnosti.
- Nedostatečná spolupráce s rodinami uživatelů a jejich nedostatečné zapojení a podpora.
- Nízký počet zaměstnanců vykonávajících přímou péči. – V ústavní péči se jeden pracovník v přímé péči věnuje 3 – 15 uživatelům. (MPSV, 2007)
- Zvyklost v zajištění pouze nezbytně nutné péče (hygiena, strava). Nedochází k uspokojení dalších (sociálních) potřeb a nedostatek personálu zaměřeného na uspokojování těchto potřeb (sociálních pracovníků, ergoterapeutů).
- Odpor k rušení ústavů ze strany rodin – obavy, nejistota.
- Odpor k rušení ústavů ze strany personálu – obava o ztrátu pracovního místa a stálého příjmu.
- Nedostatek alternativních služeb.
- Nevyřešená otázka využití stávajících ústavních zařízení.
- Problematické financování – vysoké vstupní náklady na vznik nových služeb a nároky na financování zařízení, které již opouští část uživatelů, ale ještě nejsou zcela uzavřena.

## **Cílová skupina**

Deinstitucionalizace v České republice je zaměřena na osoby se zdravotním postižením, zejména děti a dospělé s mentálním postižením a kombinovanými vadami a dále na seniory se sníženou schopností soběstačnosti a samostatnosti. (MPSV, 2007).

V cílové skupině, na kterou je transformace zaměřena, však nejsou definovány osoby s čistě tělesným postižením. Z vlastních zkušeností s prací s osobami s fyzickým

postižením, které v současném stavu výrazně omezuje jejich soběstačnost, samostatnost a tím i kvalitu života, si dovolím tvrdit, že právě tyto osoby nesou potíže se sociálním začleněním zvláště těžce. Tělesné postižení jim znemožňuje žít kvalitní život a díky zachovaným mentálním funkcím si však uvědomují své vyloučení ze společnosti a nemožnost žít samostatný aktivní život. Existuje však nedostatek pobytových komunitních služeb zaměřených na tuto cílovou skupinu.

Zde dochází k rozporu v této diplomové práci. Zabývám se deinstitucionalizací se zaměřením na přechod do chráněného bydlení osob s fyzickým postižením. V průběhu zpracovávání tématu jsem však zjistila, že se tato situace téměř nevyskytuje. Mnoho osob s fyzickým postižením žije v rodinách – ty však nemají kapacitu poskytnout jim prostředí a příležitosti pro vlastní rozvoj a samostatnost a vnímám, že v těchto případech i rodina vykazuje znaky instituce (nemožnost volby, vlastního rozhodování, výkonu běžných aktivit, správy vlastních financí, přizpůsobení se režimu domácnosti). Na vznik komunitních služeb pro tuto skupinu však transformace sociálních služeb zaměřena není. Vyvstává otázka proč.

### **2.6.2. Národní centrum podpory transformace sociálních služeb**

Národní centrum podpory transformace sociálních služeb (dále jen Národní centrum) vzniklo jako součást projektu Ministerstva práce a sociálních věcí Podpora transformace sociálních služeb, který byl financován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky prostřednictvím operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost. Národní centrum bylo provozováno na základě zakázky Ministerstva práce a sociálních věcí společností 3P Consulting s. r. o.

Účelem Národního centra byla koordinace, metodická podpora, investiční a další konzultace a vzdělávání účastníků projektu MPSV, dále organizace společných setkání a konferencí. Národní centrum spolupracuje se zařízeními, která jsou do projektu zapojena.

(Národní centrum podpory transformace sociálních služeb, 2013)

Od 1. dubna 2013, po ukončení projektu Podpora transformace sociálních služeb, Národní centrum zcela přešlo pod vedení Ministerstva práce a sociálních věcí v rámci překlenovacího projektu Transformace sociálních služeb. Nadále však provozuje svou

činnost, zejména v měkkých částech předchozí činnosti – poskytuje metodickou podporu, supervize, vzdělávání a konzultace v oblasti public relations.

Národní centrum plní aktivity přesně definované projektem a jeho činnost je řízena a kontrolována Ministerstvem práce a sociálních věcí. Míra jeho autonomie je malá, jedná se o subjekt závislý na MPSV.

(dle informací od Lucie Peškové, ze dne 20. 5. 2013)

### **2.6.3. Deinstitutionalizace v ČR z pohledu uživatelů**

Pro uživatele, který žije většinu svého života v ústavním zařízení, může přechod do zcela jiné služby, který je navíc iniciován třetí osobou, znamenat narušení jeho dosavadních životních jistot.

*„Pro uživatele je velmi obtížné si v těchto případech představit něco neznámého a odlišného a tato obava může v uživateli vyvolat velké úzkosti a zesílit vazbu na stávající typ služby, ať je jeho kvalita jakákoli.“ (MPSV, 2007)*

Na konferenci Deinstitutionalizace: cesty vpřed (14. – 15. 2. 2013) jsem se setkala s myšlenkou, že samotný přesun do chráněného bydlení nezabrání izolaci, naopak ji v některých případech může podpořit. Byl uveden příklad z Domova pro osoby se zdravotním postižením Habrovanský zámek, kdy se sami uživatelé obrátili na Národní radu osob se zdravotním postižením ČR z důvodu velké obavy z plánovaného přechodu do chráněného bydlení. Obávali se, že přijdou o aktivity, které se v Domově pořádají a o přátele, které v Domově mají.

Vzhledem k tomu, že v celém procesu deinstitutionalizace jde o zvýšení kvality života uživatelů sociálních služeb, by obavy tohoto charakteru neměly být přehlíženy. Naopak je vhodné s uživateli pracovat a udělat maximum pro to, aby byla tato obava překonána, ideálně, aby se vůbec neobjevila. Toto je možné skrze informování uživatelů, zajištění volnočasových aktivit, zaměstnání, možnosti dopravy za přáteli apod. Úspěch tkví v otevřené komunikaci a zaměření pracovníků na přání uživatelů. Zde však opět narážíme na problém se vzděláním a motivací samotných pracovníků.

## **2.7. Legislativa**

V této části předkládám přehled listin, paktů, zákonů a vyhlášek, které se dotýkají způsobu poskytování sociálních služeb a měly by být uvažovány při jejich transformaci.

### **2.7.1. Nadnárodní legislativa**

#### **Listina základních lidských práv a svobod**

Listina základních lidských práv a svobod ošetřuje obecná lidská práva, která by se však měla týkat všech osob, tedy včetně těch se zdravotním postižením. Konkrétně o osobách se zdravotním postižením se však zmiňuje pouze v hlavě 4, která udává, že zdravotně postižení mají právo na zvýšenou ochranu zdraví při práci a zvláštní ochranu v pracovních vztazích a na pomoc při přípravě na výkon povolání.

#### **Mezinárodní pakt o občanských a politických právech a Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech**

Tyto dokumenty se dotýkají otázky lidských práv osob se zdravotním postižením, v porovnání s ostatními znevýhodněnými skupinami osob (např. matka a dítě) pouze okrajově. Dále mají tyto mezinárodní pakty nezávazný charakter a problematiku ošetřují formou doporučení. (Makovcová, 2011)

#### **Světový akční plán pro osoby se zdravotním postižením (1982)**

Světový akční plán pro osoby se zdravotním postižením popisuje základní strategický koncept pro podporu osob se zdravotním postižením se dvěma hlavními cíli – rovné možnosti a plné zapojení postižené osoby do společenského života a rozvoje. (OSN)

#### **Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením**

Pravidla byla přijata na úrovni OSN v roce 1993. Dokument slouží jako: “nástroj pro tvorbu strategií a jako základ technické a ekonomické spolupráce v této oblasti.” (OSN, 17. 4. 2013)

## **Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením**

Úmluva o právech osob byla přijata Valným shromážděním OSN 13. prosince 2006. Česká republika se svým podpisem k úmluvě připojila 30. března 2007 a prezident České republiky úmluvu definitivně ratifikoval v září 2009 a v roce 2012 se stala součástí právního řádu České republiky.

Úmluva je založena na principech rovnoprávnosti, nevytváří nová práva pro osoby se zdravotním postižením, ale upravuje aplikaci práv existujících.

Upravuje otázky:

- respektování lidské důstojnosti a nezávislosti
- nediskriminace
- plné zapojení do společnosti
- respektování odlišnosti
- rovnost příležitostí a přístupnost
- rovnoprávnost mužů a žen
- respektování rozvíjejících se schopností dětí a jejich práva na zachování identity.

(Makovcová, 2011)

### **2.7.2. Legislativa České republiky**

#### **Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., účinný od 1. ledna 2007**

Zákon o sociálních službách je nejvýznamnějším zákonem týkajících se sociálních služeb v České republice. Klade důraz na lidsko-právní princip svobodné volby formy pomoci a typu služby na základě specifických potřeb uživatele. (MPSV, 2007)

Hlavní myšlenkou zákona je podpora sociálního začleňování osob.

Zákon o sociálních službách definuje:

- Sociální služby jako dostupné (druhově, geograficky, informačně, ekonomicky), efektivní (zaměřené na potřeby klienta), kvalitní, bezpečné a hospodárné (náklady na sociální službu pokrývají potřebu uživatele).
- Druhy sociálních služeb.
- Systém registrace sociálních služeb.
- Způsob financování sociálních služeb skrze příspěvek na péči, které umožní flexibilnější financování ze státních zdrojů.

*„Implementace zákona o sociálních službách nutně směřuje k tomu, aby sociální služby volili lidé, kteří je opravdu potřebují a v takové míře, ve které je potřebují a aby poskytované služby odpovídaly normám kvalitní služby podle mezinárodních trendů a vědeckých poznatků.“ (MPSV, 2007)*

Umožnění zavedení výše popsanych principů stát podporuje prostřednictvím zavedení standardů sociálních služeb a poskytnutím příspěvku na péči přímo uživatelům, kteří sami rozhodují o tom, pro jakou službu příspěvek využijí.

Pozn.: Při práci s osobami s tělesným postižením, které žijí v rodinách, ale přesto v izolaci od běžné komunity, se však velice často setkávám s tím, že sami potenciální uživatelé nemají reálnou moc rozhodnout o využití příspěvku (byť nejsou zbaveny způsobilosti k právním úkonům) a příspěvek automaticky využívá rodina ke stabilizaci tíživé situace.

### **Vyhláška 182/1991 Sb.**

Ošetřuje přijímání občanů do ústavní sociální péče. Přijímání probíhá na základě žádosti podané přímo zájemcem či, v případě nezletilosti či zbavení právní způsobilosti, jeho právním zástupcem.

### **Vyhláška 505/2006 Sb.**

Největší část vyhlášky 505/2006 Sb. se zabývá popisem úkonů a činností poskytovaných jednotlivými druhy sociálních služeb a stanovením maximální možné výše



úhrad za poskytování služby. Dále vyhláška ošetřuje obsah kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách, hodnocení plnění standardů kvality a další.

### **Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti**

Materiál přijatý vládou pod číslem 127. na základě usnesení ze dne 21. února 2007 a „je jedním z nástrojů implementace zákona o sociálních službách.“ (MPSV, 2010)

Ministerstvo práce a sociálních věcí v materiálu vyjadřuje podporu poskytovatelům sociálních služeb při změnách v institucionální péči směrem k individualizaci péče, podporu kvality života uživatel pobytových sociálních služeb a vytvoření systému spolupráce sociálních služeb. (MPSV, 2010)

### **2.8. Shrnutí**

Většina nalezených dokumentů – článků, metodik, nařízení – týkajících se deinstitutionalizace v České republice či v zahraničí zmiňovala deinstitutionalizaci zaměřenou na osoby s mentálním postižením, kombinovanými vadami či psychiatrickým onemocněním. Nenalezla jsem však informace týkající se deinstitutionalizace a rozvoje komunitních služeb pro osoby s fyzickým postižením.

Zajímavé je, že vznik prvních komunitních služeb vždy předchází prvnímu zákonnému ošetření (viz kapitola 3. 1. 1. Proces deinstitutionalizace). Primárním iniciátorem změny je tedy společnost a poskytovatelé.

Česká republika se v procesu deinstitutionalizace v porovnání s ostatními státy nachází v průměru střední a východní Evropy. Ve většině států, ve kterých proces deinstitutionalizace probíhal či probíhá, je znatelný podobný postup a téměř totožné fáze celého procesu.

Celý proces transformace sociálních služeb s důrazem na podporu služeb komunitního charakteru kladoucího důraz na individuální zájmy uživatele je velkým krokem celé společnosti v péči o znevýhodněné osoby. Je však teprve v počátcích a pro

jeho dokončení zbývá ještě dosáhnout mnoha změn ve smýšlení a organizaci celé sociální péče.

### **3. Sociální služby pro osoby se zdravotním postižením**

V dnešní době je znatelný posun ve způsobu poskytování sociálních služeb. Již nejde jen o zajištění uspokojení základních potřeb, ale zejména o podporu sociálního začlenění uživatelů. Tento účel sice provází sociální služby již delší dobu, vzhledem ke způsobu jejich poskytování, kdy se potřeby instituce nadřazují nad potřeby uživatelů, však nedocházelo k jeho naplnění, ba naopak služby spíše podporovaly izolaci uživatelů.

Sociální začlenění znamená být součástí komunity, žít v místech, kde žijí ostatní lidé, mít možnost volby a kontroly nad svým životem, zastávat hodnotné a důstojné sociální role, navazovat a rozvíjet smysluplné vztahy a získávat více vlastních kompetencí. (Národní centrum podpory transformace, 2013)

Hlavní problémové oblasti současných sociálních služeb jsou:

- místo a uspořádání prostor,
- soukromí,
- život mimo komunitu a fixace na areál,
- nemožnost využívání vlastních schopností.

#### **3.1. Systém sociálních služeb**

Každá sociální služba v České republice musí být registrována a musí naplňovat standardy, zaručující určitou kvalitu služby.

Základními principy poskytování jakékoli sociální služby jsou:

- Dodržování práv uživatelů – vytvoření podmínek k naplnění práv uživatelů.
- Respektování volby uživatelů – vytvoření podmínek k vlastnímu rozhodování a důstojného života uživatelů.
- Individualizace podpory – služby se přizpůsobují individuálním potřebám uživatelů, pracovníci tyto potřeby znají a respektují je.

- Zaměření na celek – služba uvažuje celkovou situaci uživatele.
- Flexibilita – služba existuje pro uživatele, ne uživatel pro službu.

(Johnová, Čermáková, 2002)

Sociálních služeb je mnoho druhů a typů tak, aby umožňovaly naplnění potřeb maximálního množství uživatelů, kteří podporu služby potřebují. Druhy sociálních služeb definuje zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Sociální služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence a mohou být poskytovány formou ambulantní (uživatel za službou dochází, ubytování není její součástí), pobytovou (součástí služby je ubytování v zařízení sociálních služeb) nebo terénní (tyto služby jsou uživateli poskytovány v jeho přirozeném prostředí). (zákon č. 108/2006 Sb.)

Výše zmíněné služby mohou být poskytovány mnoha různými způsoby a mohou mít rozličné podoby. Tendencí státu ani Ministerstva práce a sociálních věcí rozhodně není omezovat druhy a způsoby poskytování služeb, naopak zákony i požadavky na kvalitu dovolují existenci rozličných druhů služeb. Rozmanitost a výběr mezi sociálními službami umožní podporu tam, kde se jejich uživatel momentálně nachází a v takové míře a způsobu, jaký zrovna potřebuje. Pokud jsou služby dostupné, správně zvolené a efektivně poskytované, dojde k úspoře zdrojů a velkému přínosu pro uživatele.

Plýtvání zdroji se současným negativním dopadem na uživatele vnímám zejména:

- Při umístění uživatele v domově pro zdravotně postižené, i když jeho celkový stav umístění nevyžaduje. Uživatel je v domově umístěn z důvodu nedostatku komunitních služeb a nedostatečné podpory rodiny. V tomto případě se jedná o využívání nákladné služby, ve které je však utlumen rozvoj uživatele, protože systém poskytování péče nedovolí maximální využití a rozvoj jeho stávajících schopností. V důsledku jde tedy o negativní výsledek jak pro poskytovatele (případně zřizovatele), tak uživatele služby.
- Pokud uživatel zůstane v rodině, která vzhledem k péči, kterou mu věnuje, využívá příspěvek i invalidní důchod uživatele. Uživatel využívá některých ambulantních služeb, které však kvůli omezené intenzitě neinicují pokrok, ale

mají dopad spíše kondiční. Uživatel je plně závislý na rodině a nemá dostupné žádné prostředky pro podporu své samostatnosti. V tomto případě je opět vydáno (státem) množství financí (příspěvek na péči), které však nejsou pro uživatele využity efektivně. Často není v silách rodiny zprostředkovat relevantně podpůrné prostředí a postupem času nedochází k rozvoji uživatele, nýbrž k jeho vysoké závislosti na rodině bez dosažení uspokojení vyšších potřeb.

**Zařízení sociálních služeb mohou být:**

- a) centra denních služeb,
- b) denní stacionáře,
- c) týdenní stacionáře,
- d) domovy pro osoby se zdravotním postižením,
- e) domovy pro seniory,
- f) domovy se zvláštním režimem,
- g) chráněné bydlení,
- h) azylové domy,
- i) domy na půl cesty,
- j) zařízení pro krizovou pomoc,
- k) nízkoprahová denní centra,
- l) nízkoprahová zařízení pro děti a mládež,
- m) noclehárny,
- n) terapeutické komunity,
- o) sociální poradny,
- p) sociálně terapeutické dílny,
- q) centra sociálně rehabilitačních služeb,

- r) pracoviště rané péče,
- s) intervenční centra,
- t) zařízení následné péče.

(Zákon č. 108/2006 Sb.)

Druhy služeb lze libovolně kombinovat a vznikají tak mezigenerační a integrovaná centra.

Ve své práci (kapitola 4. Chráněné bydlení) se budu zabývat službami pobytovými a to konkrétně chráněným bydlením, do kterého se, v některých případech, uživatelé z domovů pro osoby se zdravotním postižením mohou přesunout.

### **Poskytování pobytové sociální služby**

Sociální služba je poskytována na základě žádosti zájemce o uzavření smlouvy o poskytování sociální služby. V případě, že žadatel odpovídá cílové skupině uvedené daným zařízením a zařízení má volnou kapacitu dojde k uzavření smlouvy o poskytování sociální služby.

Zajišťování kvality služby lze rozdělit na externí a interní mechanismy. Klíčové nástroje externího způsobu zajišťování kvality patří registrace a inspekce. (Johnová, Čermáková, 2002) Hlavní odpovědnost však nesou zařízení samotná tím, jak pracují se standardy sociálních služeb, zda je zapojují do praxe, provádí sebehodnocení a usilují o rozvoj služby tím správným směrem. Dosažení prokazatelně kvalitní služby má pro poskytovatele různé výhody, např.: větší důvěryhodnost a podpora zadavatelů (v ideálním případě), získání důvěry potenciálních uživatelů a důsledkem toho zvýšení poptávky po poskytované službě mezi nabídkou ostatních služeb sociální péče.

### **3.2. Registrace**

Dle zákona 108/2006 Sb. může být sociální služba poskytována pouze na základě oprávnění poskytování sociální služby. Toto oprávnění lze získat pouze potvrzením o registraci, které vydává příslušný krajský úřad.

Registrace patří mezi nástroje řízení a kontroly kvality sociálních služeb. Poskytují veřejnosti i státu přehled o poskytovaných službách a umožňují orientaci v aktuální nabídce.

Pro získání registrace je třeba podat písemnou žádost o registraci a doložit skutečnosti stanovené v § 79 zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách. Důležitou součástí žádosti o registraci jsou údaje o poskytovaných sociálních službách, které skýtají kromě názvu a místa zařízení informace o druhu poskytovaných sociálních služeb, cílové skupině uživatelů, popis realizace poskytování služeb, personálního zajištění, časového rozsahu a kapacity služby a plán finančního zajištění služby. (Zákon č. 108/2006 Sb.)

Specifikace těchto informací umožní specializaci jednotlivých zařízení na určité cílové okruhy osob a specializaci poskytované péče.

### **Registr poskytovatelů sociálních služeb**

Registr poskytovatelů sociálních služeb je veden každým krajským úřadem a obsahuje zápis o poskytovatelích sociálních služeb, kterým byla vydána registrace. Součástí registru jsou informace o poskytovaných službách uvedené v žádosti o registraci a sledování kapacity a nákladovosti jednotlivých sociálních služeb.

### **3.3. Standardy a kvalita**

Standardy kvality sociálních služeb byly doporučovány Ministerstvem práce a sociálních věcí od roku 2002 a závazným právním předpisem se staly 1. 1. 2007. Standardy a jejich kritéria jsou stanovena v příloze č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

Standardy sociálních služeb vytvořilo Ministerstvo práce a sociálních věcí jako reakci na změny v poskytování sociálních služeb. Jedná se o první nástroj vedoucí k zajištění kvality sociálních služeb, který podporuje důraz na důstojnost, rozvoj a sociální začlenění uživatelů. (Johnová, 2002)

*„Důležitým znakem kvality sociální služby je schopnost podporovat jednotlivé uživatele sociálních služeb v naplňování cílů, kterých chtějí s pomocí sociální služeb dosáhnout při řešení vlastní nepříznivé sociální situace.“* (Johnová, 2002)

Standardy sociálních služeb jsou souborem měřitelných a ověřitelných kritérií a slouží k prokazatelnému posouzení kvality poskytované služby. Jsou obecné a aplikovatelné na všechny typy sociálních služeb tak, aby neomezily rozmanitost služeb a možnost přizpůsobení služby uživatelům. Sociální služba naplňující standardy kvality sociálních služeb by měla uspokojit potřeby a nároky uživatelů, zadavatelů i poskytovatelů služby. (Johnová, 2002)

*„Standardy kvality vedou poskytovatele sociálních služeb k tomu, aby zajišťoval materiální, technické a hygienické podmínky přiměřené druhu sociální služby a individuálním potřebám jejich uživatelů. Naplňování standardů nutně povede k poskytování služeb odpovídajících přirozeným individuálním potřebám člověka, který v daném zařízení sociální služby žije.“ (MPSV, 2007)*

Z pohledu řízení sociálních služeb lze sledovat tendenci k převodu odpovědnosti a kompetencí na nižší úrovně systému – obce a nestátní organizace.

### **Standardy sociálních služeb**

Součástí definice každého z níže uvedených standardů jsou kritéria sloužící k posouzení, zda byl standard naplněn. Kritéria jsou měřitelná a jejich srovnáním se skutečností lze monitorovat kvalitu služby.

Vedle formálního zpracování naplnění kritérií standardů stojí jejich zavádění do praxe. Nestačí mít standardy zpracovány na papíře. Kontinuální součástí naplňování standardů je vzdělávání personálu a motivace a vedení k jejich dodržování.

Standardy jsou rozděleny do tří skupin dle oblastí, na kterou jsou zaměřeny:

- Procedurální standardy tvoří nejvýznamnější skupinu standardů. Ošetřují přímo poskytování služby ve vztahu k uživateli – např. přizpůsobení služby individuálním potřebám uživatelů, ochrana práv uživatelů a dále.
- Personální standardy se věnují personálnímu zajištění služby. Pracovníci v přímé péči jsou zásadním prvkem ovlivňujícím kvalitu služby, efektivitu služby a spokojenost uživatelů.
- Provozní standardy určují věcnou část poskytování sociálních služeb – prostory a dostupnost.



## **Standardy**

### Procedurální standardy

#### **1. Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb**

Standard stanovuje základní požadavky na sociální službu. Zařízení by mělo definovat svůj cíl, poslání, cílovou skupinu a principy poskytování služby. Všechny tyto oblasti musí být logicky propojeny a neměly by je nahrazovat obecné formulace. Měly by být reálné, využívané v praxi, známé všem zaměstnancům zařízení a dostupné veřejnosti. Služba směřuje k sociálnímu začlenění – podporuje využívání místních institucí, začlenění do místního společenství a vytváření přirozených vztahových sítí. Toto musí platit pro všechny uživatele služby (i jedince s těžším postižením). Uživatelé služby mají svobodnou volbu a mohou jednat na základě vlastního rozhodnutí. Tento bod by neměl být omezen pouze na možnost volby v rámci programu zařízení. (Johnová, Čermáková, 2002)

#### **2. Ochrana práv osob**

Zařízení respektuje základní lidská práva uživatelů a umožňuje jejich uplatňování. Pro naplnění standardu zařízení stanoví rizikové oblasti dodržování lidských práv (např.: osobní svoboda, soukromí, právo na svobodnou volbu povolání), postup jak popsáním rizikům předejít a jak v případě pochybení zjednat nápravu, definuje situace střetů zájmů uživatelů, zařízení a pracovníků a postup, jak v těchto případech postupovat. S uživateli služby je jednáno jako se svobodnými lidmi, kteří mají právo na své vlastní rozhodnutí. (Johnová, Čermáková, 2002)

#### **3. Jednání se zájemcem o sociální službu**

Zájemce o službu je seznámen s veškerými okolnostmi poskytování služby, tak aby jim plně porozuměl. Zařízení zná cíle zájemce a společně formulují způsob, jak jich v rámci služby dosáhnout.

#### **4. Smlouva o poskytování sociální služby**

Zařízení má s každým uživatelem uzavřenou Dohodu o poskytování služby, kterou může uživatel kdykoli vypovědět. Uživatel plně rozumí obsahu dohody.

## **5. Individuální plánování průběhu sociální služby**

Průběh poskytování služby vychází z možností a cílů uživatele, proces čerpání sociální služby je dle těchto cílů plánován společně s uživatelem. V průběhu procesu dochází k hodnocení dosažení stanovených cílů. Plán směřuje k podpoře samostatnosti uživatele a podpora se přizpůsobuje jeho aktuálním potřebám. Každý uživatel má stanoveného pracovníka, který odpovídá za plánování průběhu sociální služby. Zařízení má stanoven postup plánování a kritéria pro posouzení naplňování plánu a cílů. (Johnová, Čermáková, 2002)

## **6. Dokumentace o poskytování sociální služby**

System shromažďování a uchovávání dat o uživateli musí umožnit odborné poskytování služby a sdílení potřebných informací a zároveň jejich ochranu před neoprávněným přístupem a zneužitím. Zařízení má stanoven způsob získání informací, shromažďuje pouze informace nezbytně nutné a ty jsou skladovány a archivovány dle platných předpisů.

## **7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby**

Zařízení má stanoven vnitřní pravidla pro příjem a proces vyřizování stížností. S těmito pravidly jsou seznámeni pracovníci i uživatelé. Uživatelé vědí, jakým způsobem si mohou stěžovat a že za stížnost nemohou být sankciováni. Podání stížnosti musí být umožněno všem uživatelům (právo na tlumočnicka). V případě nespokojenosti s vyřízením stížnosti se uživatel může obrátit na kompetentní osobu. Všechny stížnosti jsou vyřizovány písemně a archivovány.

## **8. Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje**

Zařízení podporuje uživatele ve využívání jeho soukromých sítí (rodina, přátelé), běžných veřejných služeb a jiných sociálních služeb. Zařízení nenahrazuje běžné instituce (škola, zdravotnické zařízení, obchody apod.), naopak podporuje uživatele ve využití externích zdrojů k dosažení jeho cílů a pomáhá mu v kontaktu s nimi. Zařízení umožní uživateli kontakt s rodinou a přáteli. (Johnová, Čermáková, 2002)

## **Personální standardy**

### **9. Personální a organizační zajištění sociální služby**

Personál je jedním s podstatných nosných sloupů kvality sociální služby. Právě pracovníci v přímé péči realizují část naplnění standardů a spokojenost uživatelů se službou.

Zařízení má stanovenou strukturu zaměstnanců, počet pracovních pozic, potřebnou kvalifikaci a další předpoklady. Má stanovená vnitřní pravidla pro příjem a zaškolení nových pracovníků, která jsou v souladu s platnými normami a pravidly. Zařízení garantuje poskytování péče pracovníky s odpovídajícím odborným vzděláním. (Johnová, Čermáková, 2002)

### **10. Pracovní podmínky a řízení poskytování služeb**

Zařízení zajistí pracovní podmínky umožňující kvalitní výkon práce tak, aby byly v souladu s platnými normami. Je stanovena personální struktura, kompetence a povinnosti jednotlivých pracovníků. Je ošetřen postup při využití externistů.

### **11. Profesní rozvoj zaměstnanců**

Zařízení má vypracovaný program rozvoje a vzdělávání pracovníků, provádí pravidelné hodnocení činnosti pracovníků (zahrnující stanovení plánu odborného vývoje a cílů) a má stanoven systém odměn (finančních i nefinančních). Pracovníci mají možnost odborné konzultace prostřednictvím supervize.

## **Procesní standardy**

### **12. Místní a časová dostupnost poskytované služby**

Služba je poskytována na místě a v době odpovídající potřebám uživatelů. Uživatelé ve stanovenou dobu a na stanoveném místě mohou služby využít.

### **13. Informovanost o poskytované sociální službě**

Zařízení zveřejňuje informace o službě, zejména její cíle, poslání a cílové skupině. Má zpracovaný soubor zveřejňovaných informací tak, aby byl srozumitelný pro osoby cílové skupiny. Vydává výroční zprávu o své činnosti.

### **14. Prostředí a podmínky poskytování služeb**

Prostředí a podmínky jsou přizpůsobeny kapacitě služby, splňují veškeré obecně závazné normy. Zařízení poskytuje uživatelům možnost soukromí, světelnou a tepelnou pohodu a relevantní vybavení.

### **15. Nouzové a havarijní situace**

Zařízení určí možné nouzové a havarijní situace a postup jejich řešení, pracovníci i uživatelé jsou s těmito situacemi seznámeni a připraveni na ně.

### **16. Zvyšování kvality sociální služby**

Vedení zařízení vyvíjí snahu o zvýšení úrovně kvality služby, provádí kontroly a hodnocení kvality, do kterého zapojuje uživatele, pracovníky i další zájmové skupiny (např. obec). Má stanovena vnitřní pravidla pro hodnocení spokojenosti uživatelů. Stížnosti na úroveň kvality přijímá jako podnět ke zlepšení. Zařízení je šetrné k životnímu prostředí a globálním zdrojům.

### **17. Ekonomika**

Zařízení má plán na zajištění finančních zdrojů pro provoz služby, vytváří odpovídající rozpočty, zpracovává a zveřejňuje výroční zprávu o hospodaření. Zařízení stanoví a uplatňuje pravidla pro přijímání darů.

(dle přílohy č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb)

### **Účel standardů - shrnutí**

- Garance kvality pro uživatele či jejich zástupce a možné kritérium při výběru zařízení.
- Informace pro poskytovatele a zadavatele ohledně efektivity jednotlivých druhů sociálních služeb.

- Soulad poskytované péče s nejnovějšími poznatky a metodami.
- Zlepšení dopadu sociální služby na život uživatele – podpora sociálního začlenění, důraz na reálné individuální potřeby uživatele.
- Zvýšení efektivity využití prostředků vynaložených na sociální služby. (Johnová, 2002)

### **Zavádění standardů kvality sociálních služeb**

Prvním krokem k zavedení standardů do praxe je jejich porozumění. Pokud zařízení správně chápe účel standardů, jejich obsah a kritéria, dle kterých jsou posuzována, je jejich zavádění snazší a příjemnější pro všechny zúčastněné.

Dle výsledků testování standardů v pilotním olomouckém regionu, nebylo pro začátek zavádění standardů a zlepšování kvality třeba dodatečných finančních prostředků. Přesto však doprovodné změny vyžadovaly určitou finanční podporu. (Johnová, 2002)

Ukazatelem úspěšného zavedení standardů do praxe jsou nejenom vzniklé dokumenty (vnitřní pravidla, individuální plány, záznamy o mimořádných událostech a další), ale hlavně dopad služby na život uživatelů. Tento dopad lze sledovat skrze dosažení stanovených cílů každého klienta, avšak pouze za předpokladu, že dané cíle jsou opravdu cíle klienta a ne pracovníka, který s klientem individuální plán vytvářel.

Podrobný rozbor jednotlivých standardů, soupis nejčastějších chyb a návod na postup při zvyšování kvality sociálních služeb popisuje publikace „*Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*“ (Johnová, Čermáková, 2002).

### **3.4. Kritéria komunitní sociální služby**

Národní centrum podpory transformace vypracovalo dle doporučení odborníků podílejících se na procesu transformace sociálních služeb dokument *Kritéria komunitní sociální služby*. Hlavním účelem tohoto dokumentu je stanovit technické podmínky, za jakých by měla být služba poskytována, aby naplnila účel podpory sociálního začlenění a mohla tak být považována za službu komunitní. Dále slouží jako nástroj prevence institucionalizace života uživatelů sociálních služeb, při plánování a registraci sociálních služeb a kontrole plnění Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením.

Dokument stanovuje kritéria pobytové a ambulantní sociální komunitní služby a u každého typu definuje požadavky na vnitřní uspořádání a umístění zařízení. Vzhledem k tématu diplomové práce se zaměřím na některá z kritérií pobytové komunitní sociální služby.

Pobytová komunitní sociální služba je umístěna v domě, který má charakter běžného bydlení, v jejím sousedství se nenachází ambulantní sociální služba určená pro uživatele služby pobytové ani další zařízení pobytové sociální služby. Bytová jednotka je svým uspořádáním srovnatelná s běžným bydlením a poskytuje uživatelům dostatečné soukromí a možnost vybavit si interiér vlastním nábytkem a doplňky. V jedné bytové jednotce žijí maximálně 4 uživatelé. (Národní centrum podpory transformace, 2013)

Závěrem této kapitoly si dovoluji podotknout, že komunitní služby jsou potřebné nejen pro obyvatele institucí, ale jsou zásadní i pro osoby se zdravotním postižením, které žijí v domácím prostředí a touží po získání samostatnosti a oprostění se od závislosti na péči rodiny.

*„Otázky, které je vhodné si položit při plánování služeb:*

- I. Jak mohou služby podporovat individuální životní volby a rovnost?*
- II. Jak mohou služby podpořit lidi v tom, aby byla dána váha jejich hlasu?*
- III. Jak mohou služby umožnit plnohodnotné občanství lidem s celou řadou různých potřeb podpory?*
- IV. Jak mohou služby pomoci lidem při vytváření mnoha smysluplných rolí v komunitě?*
- V. Jak umožnit všem lidem plnohodnotný život v komunitě?“ (Konola, 2013)*

### **3.5. Financování sociálních služeb**

Financování sociálních služeb vnímám jako jednu z nejtěžších otázek současných poskytovatelů. Nedostatek finančních zdrojů je výrazný problém, zvláště pro nestátní neziskové organizace, které přitom usilují o poskytování komunitních služeb a často jsou jimi poskytované služby velmi kvalitní a efektivní (pravděpodobně díky mladšímu věku pracovníků, jejich otevřenosti novým metodám a nadšení pro vytvoření dobré služby).

Dle prezidenta Asociace poskytovatelů sociálních služeb, Ing. Jiřího Horeckého, BA, jsou hlavní nedostatky financování sociálních služeb následující:

- Neefektivní alokace příspěvku na péči.
- Neefektivní redistribuce státních dotací.
- Nesystémové a neefektivní financování sociálně zdravotní péče.
- Malá dostupnost a kapacita terénních a ambulantních služeb.
- Nedostatečné odměňování pracovníků v sociálních službách.

Sociální služby mohou být poskytovány bez úhrady, za částečnou úhradu či za plnou úhradu služby uživatelem. V dnešních dnech je aktuálním modelem vícezdrojové financování.

### **Dotace ze státního rozpočtu**

Dotace ze státního rozpočtu je poskytována registrovaným poskytovatelům sociálních služeb na pokrytí výdajů na poskytování sociální služby v souladu se střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb kraje. Poskytovatel může finanční prostředky z dotace ze státního rozpočtu využít: „... *na úhradu nákladů* (pozn.: osobní a provozní náklady), *na poskytování základních druhů a forem sociálních služeb v rozsahu stanoveném základními činnostmi při poskytování sociálních služeb pro příslušný druh sociální služby podle zákona o sociálních službách.*“ (MPSV, 2013) Domovy pro osoby se zdravotním postižením však mohou dotaci využít též k nákupu osobního vybavení.

Pro poskytnutí dotace musí poskytovatel podat žádost, která je hodnocena dle potřeby a priority zajištění dostupnosti služby, souladu služby s rozvojovým plánem, přiměřenosti rozpočtu, zajištění dalších zdrojů financování a detailních informací o službě – kapacita, struktura uživatelů, personální zajištění a další. Aktuálně je poskytování dotací zaměřené na podporu terénních a ambulantních služeb a pobytových služeb vedoucích k deinstitucionalizaci a humanizaci. (MPSV, 2013)

Dotace může být přidělena prostřednictvím rozpočtu kraje (na podporu poskytování sociálních služeb, které mají místní či regionální charakter. O poskytnutí dotace rozhodují zaměstnanci příslušného krajského úřadu a Magistrátu Hl. m. Prahy) či přímo Ministerstvo

práce a sociálních věcí (na podporu sociálních služeb, které mají celostátní či nadregionální charakter – o poskytnutí dotace rozhodují zaměstnanci odboru sociálních služeb a sociálního začleňování MPSV). (MPSV, 2013)

Výhodou financování služby prostřednictvím dotací ze státního rozpočtu může být zajištění financování poměrně velké části veškerých nákladů. Nevýhodou je naopak časově omezený dotační cyklus a nejistota ohledně přidělení dotace pro další období.

Dotace ze státního rozpočtu představují jeden z nejvýznamnějších zdrojů financování sociálních služeb. (MPSV, 2010)

### **Strukturální fondy**

Financování služby prostřednictvím přiděleného grantu je ideální pro financování určité části služby, doplňkového či nového projektu nebo změny. Při financování celého provozu určité služby dotací ze strukturálních fondů, však poskytovatel brzy narazí na potřebu zajištění následného financování (a to na pokrytí plných nákladů služby). Opět je výhodou možnost získání velké finanční sumy a nevýhodou časové omezení tohoto způsobu financování, nejistota ohledně získání financí po skončení trvání projektu a nemožnost současné úhrady uživatelů (pokud je grant přidělen na poskytování služby).

Největšími zdroji financování sociálních služeb prostřednictvím grantu či dotace ze strukturálního fondu je nyní Evropský sociální fond (program Lidské zdroje a zaměstnanost 2007 – 2013) a Evropský fond regionálního rozvoje (Integrovaný regionální operační program – v případě investic), je však možné využít i výzev obcí a jiných fondů.

Konkrétní podmínky jsou vždy stanoveny ve vypsání grantové výzvě.

### **Úhrada uživatelů**

Úhrada uživatelem je při naplnění kapacity služby trvalým a jistým zdrojem financí. Při tomto způsobu financování mohou mít uživatelé větší nároky na kvalitu služby, což je správné. V některých případech, zvláště u komunitních služeb, může být úhrada uživatelem důvodem k tomu, že ji nebude chtít čerpat. Tento efekt však způsobí uplatnění tržních principů v sociálních službách – služby budou usilovat o získání a přesvědčení



potenciálních uživatelů a pro to je účinnou cestou vytvoření takové služby, za kterou budou uživatelé ochotni zaplatit – bude tedy vyhovovat jejich potřebám.

Úhrada uživatelem je jedním zdrojem příjmů, ale zároveň podněcuje služby ke zvýšení kvality a flexibility, protože je náročnější platící uživatele získat. Poskytne poskytovateli jistotu, ale musí nabízet, co je žádáno. Znovu opakuji, že situace je jiná u pobytových služeb, kdy uživatelé nemají na výběr mezi tím, zda službu čerpat budou či nikoli.

Hlavními zdroji uživatelů jsou finanční zdroje rodiny a příspěvek na péči – uživatel v tomto případě tvoří jakousi „přestupní stanicí“ mezi státem a poskytovatelem a má ve svých rukou jejich využití.

Tento typ zdroje v běžné praxi často nepokrývá celé náklady, ale jen se na jejich pokrytí podílí. Služby, jejichž náklady jsou celé pokryté úhradou uživatelů, jsou drahé, zaměřeny spíše na uživatele s lepší finanční situací a často bývají nadstandardní svou kvalitou i vybavením.

### **Příjmy z vlastní činnosti (jiné než poskytování služby chráněné bydlení)**

Příjmy z vlastní činnosti mohou plynout z podnikatelské činnosti, která generuje zisk – může jít o chráněnou dílnu, sociální podnik a další. Pokud se poskytovateli podaří vytvořit takovou podnikatelskou činnost, která bude generovat zisk, jedná se o trvalý a stálý finanční příjem, který nezatěžuje státní rozpočet. Většinou se jedná o doplňkový zdroj příjmu.

### **Další zdroje**

Další zdroje financování mohou být nárazové, např. sponzorské dary, sponzorské příspěvky, dotace od nadací, které pomohou poskytovateli uhradit část nákladů či nákup nového vybavení, ale jsou nestálé a poskytovatel se na ně nemůže spolehnout.

Jiným typem může být soustavné financování jiným subjektem.

Obr. 2. Vyčíslení jednotlivých zdrojů pro poskytování služeb v ČR

Zdroje financování	Celkový součet	Celkem v %	služby sociální péče	služby sociální prevence	služby sociálního poradenství
Dotace MPSV 2010	6 657 714 000	29,27%	27,50%	43,49%	56,03%
Příspěvky od úřadů práce	78 026 989	0,34%	0,25%	1,26%	1,11%
Dotace od obcí	589 966 448	2,59%	1,90%	9,37%	8,86%
Příspěvek zřizovatele - obce	1 647 673 022	7,24%	7,77%	1,70%	3,95%
Příspěvek zřizovatele - kraje	1 019 892 383	4,48%	4,71%	1,47%	5,51%
Úhrady od uživatelů	10 192 162 329	44,81%	49,13%	4,27%	0,67%
Fondy zdravotních pojišťoven	1 023 975 222	4,50%	4,95%	0,26%	0,14%
Resorty státní správy celkem	156 635 999	0,69%	0,06%	7,35%	4,41%
Dotace od krajů	407 849 291	1,79%	0,93%	10,53%	8,31%
Strukturální fondy	112 772 843	0,50%	0,09%	4,73%	2,82%
Jiné zdroje	860 652 008	3,78%	2,71%	15,57%	8,18%
<b>Celkem</b>	<b>22 747 320 534</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

*Kromě uvedeného zdroje financování Dotace MPSV 2010, který je údajem o rozhodnuté výši dotaci MPSV na poskytování sociálních služeb k 30. 4. 2010, jsou ostatní zdroje pouze uvedeným předpokladem zdrojů financování v roce 2010, který poskytovatelé na základě svých zkušeností uvedli v žádostech o dotaci.*

Zdroj: MPSV, 2010

### 3.6. Shrnutí kapitoly

Sociální služby jsou rozmanité tak, aby mohly naplnit potřeby rozličných skupin uživatelů. Trendem je podpora komunitních pobytových služeb, které doplňují služby pobytové, ambulantní a terénní. Je kladen důraz na individuální přístup a kvalitu služeb, která je sledována prostřednictvím povinné registrace a plnění standardů kvality. Služby naplňují potřeby a přání uživatelů a snaží se o poskytnutí takové podpory, jakou konkrétní uživatelé potřebují. Cílem, ke kterému by sociální služby měly směřovat je sociální začlenění jedinců, podpora jejich samostatnosti a rozvoje schopností a dovedností.

## 4. Chráněné bydlení

Chráněné bydlení je dle zákona 108/2006 Sb. začleněno mezi pobytová zařízení sociálních služeb a je definováno jako:

*“...Pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení.”* (zákon 108/2006 Sb.)

Služba poskytuje uživatelům ubytování, pomoc při zajištění stravy, chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

### 4.1. Vymezení chráněného bydlení

Základem služby chráněné bydlení je poskytnutí trvalého ubytování uživateli v přirozených podmínkách, které mu umožní osamostatnit se z rodinné či ústavní péče. Pro uživatele je zásadní, že kromě ubytování, poskytuje služba ještě podporu a pomoc v ostatních záležitostech souvisejících s vedením domácnosti a zajištěním činností potřebných pro spokojený život. Právě poskytnutím výše zmíněné podpory umožní služba uživatelům postupný přechod k samostatnému životu mimo ústav či rodinu. Služba maximálním možným způsobem přispívá k dosažení samostatnosti, zvýšení kvality života, k integraci jedince do společnosti, přičemž plně respektuje jeho individuální potřeby, přání a rozhodnutí.

#### **Chráněné bydlení:**

- Neřeší situace, kdy má uživatel schopnosti dostačující k samostatnému bydlení, ale nemá kde bydlet.
- Neřeší krátkodobé krize.
- Pracovníci chráněného bydlení nezastupují roli psychologů.

(CHB Fokus, Mladá Boleslav)

## **Služba chráněného bydlení klientům poskytuje:**

### *Ubytování*

Poskytnutí ubytování je hlavní doménou služby. Ubytování je poskytováno pro malý počet uživatelů, pokoje jsou samostatné či sdílené s jedním či dvěma spolubydlícími. Ubytování umožňuje soukromí klientů.

### *Pomoc při zajištění stravy*

Služba chráněného bydlení nezahrnuje zajištění celodenní stravy. Stravování si zajišťují sami uživatelé, v případě potřeby s dopomocí nebo využívají externích služeb dovozu potravy (obědy, večeře). Stravování si hradí uživatelé, při společném vaření je útrata rozpočítána mezi strávnický.

### *Pomoc při osobní hygieně*

Pomoc s konkrétními činnostmi, vedení k dodržování hygienických návyků.

### *Pomoc se správou financí*

Finanční vzdělávání, pomoc s vedením osobního účetnictví.

### *Pomoc při zajištění chodu domácnosti*

Snahou je, aby uživatelé zvládli maximum činností potřebných pro chod domácnosti vykonat samostatně. Pracovníci mohou pomoci s organizací, zpočátku i s provedením činnosti. Cílem není činnost vykonat dokonale, ale to, aby jí zvládl vykonat sám uživatel.

### *Vzdělávací, aktivizační a volnočasové aktivity*

Pracovníci motivují uživatele k výkonu aktivit a pomáhají s jejich zprostředkováním. Jedná se o nácvik konkrétních činností dle individuálního plánu, podpora běžných pracovních návyků, vzdělávání (školní docházka, rekvalifikace a další), vytváření sociálních vztahů.

### *Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím*

Vyhledávání a využívání veřejných služeb.

*Pomoc při uplatňování práv a při obstarávání osobních záležitostí*

Podpora při jednání na úřadech, v nemocnicích, s institucemi.

*Sociálně terapeutické činnosti*

Rozličné aktivity sloužící k naplnění individuálního plánu uživatele.

### **Principy chráněného bydlení**

*Individuální přístup a respektování potřeb, práv a individuality klienta* (Slezská diakonie, 2013)

Služba naplňuje potřeby uživatele – pracovníci usilují o odhalení těchto potřeb a hledají způsoby jejich naplnění.

*Partnerství*

Uživatel a pracovník jsou rovnocennými partnery, při rozhodování je dbáno na názor uživatele, je uznáván jeho životní styl a odpovědnost za svůj život a rozhodnutí.

*Nezávislost a samostatnost. Respektování práva na přirozené riziko* (Slezská diakonie, 2013)

Cílem služby je dosažení samostatnosti uživatele, popřípadě jeho přechod do zcela samostatného bydlení. (Slezská diakonie, 2013) Pracovníci poskytují uživatelům jen tolik podpory, kolik potřebují a podporují uživatele v maximálním využití a rozvoji jejich stávajících schopností. Vedou uživatele k převzetí odpovědnosti za svůj život. Podporují využívání běžných veřejných služeb.

*Budování domácího prostředí*

Uživatelé si přizpůsobují a vybavují bydlení dle svých potřeb.

*Kvalita a odbornost*

Pracovníci jsou svou odborností oprávněni k výkonu profese, znají metodiku poskytování služby, usilují o její kvalitu a naplnění jejích cílů.

## *Nezneužívání*

Pracovník nepoužívá vůči uživateli nátlak či manipulaci. Nevyužívá svou moc vůči uživateli.

### **4.2. Proč právě chráněné bydlení?**

Ve většině případů není v ústavní, ale ani v rodinné péči, plně využíváno aktuálních schopností jedince a potenciální schopnosti nejsou podporovány. V těchto obou typech péče je uživatel odkázán na vůli rodiny či instituce a jeho potřeby, hospodaření a rozhodnutí jsou podřízena a přizpůsobována těmto subjektům. Pouze bez jejich - až moc silné - „ochrany“ a při maximálním převzetí vlastní odpovědnosti klienta je možná opravdová interakce s běžným životem, kterou vnímám jako nejvíce motivující faktor.

### **4.3. Poskytování služby chráněné bydlení**

Služba chráněné bydlení je, stejně jako ostatní sociální služby, poskytována na základě písemné dohody mezi poskytovatelem a uživatelem. Uživatelé se ve většině případů finančně podílí na poskytování služby. Ceny se pohybují okolo 5000 Kč za měsíc.

Pracovníci věnují uživateli pouze tu podporu, kterou nezbytně potřebuje, snaží se ho vést k výkonu běžných aktivit. Dle Johnové a Čermákové (2002) je častým problémem pobytových sociálních služeb neuzpůsobení míry podpory při zvětšujících se schopnostech uživatele, což je jev, který je neefektivní jak pro uživatele, tak pro poskytovatele. Proto je podstatné vzdělávání pracovníků a jejich vedení, aby dokázali odhadnout optimální míru podpory.

Míra podpory se odvíjí od individuálních potřeb každého uživatele, respektive každé domácnosti (většinou jsou do jedné domácnosti umísťováni uživatelé s podobnou mírou potřebné podpory) – existují domácnosti, ve kterých je pracovník přítomen 24 hodin denně, pouze přes den (v noci pouze v pohotovostním režimu) či jen na část dne, kdy je podpora potřebná.

Cílem služby není pouze zajištění uživatele, ale také jeho rozvoj, v ideálním případě i přechod do samostatného bydlení. Způsob a směr tohoto rozvoje by měl být ošetřen v individuálním plánu každého uživatele.

#### **4.4. Průchod uživatele službou chráněné bydlení**

Průchod uživatele službou chráněné bydlení má několik fází: vstup uživatele do služby, užívání služby a ukončení užívání služby. Nemělo by jít pouze o pasivní proces, ale o aktivní činnost uživatelů i pracovníků vedoucí ke zlepšení schopností a dovedností.

##### **4.4.1. Vstup uživatele do služby**

###### **Výběr uživatele**

Uživatelé musí spadat do cílové skupiny, pro kterou je služba určena. Před dojednáním vstupu probíhá mapování situace potenciálního uživatele, seznámení uživatele se službou a hledání možností přínosu služby pro daného uživatele.

###### **Příprava na čerpání služby**

Domluva konkrétní podoby čerpání služby, řešení možných problémových situací (nesamostatnost, špatné návyky, agresivita).

###### **Smlouva o poskytování služeb**

Smlouva o poskytování služeb je uzavřena k datu nástupu do služby a vyhotovena ve dvou exemplářích.

##### **4.4.2. Systematická práce s uživatelem**

Jedná se o dlouhodobý systematický proces, který staví na silných stránkách uživatele a vede k rozvoji stávajících i nových dovedností, jeho součástí jsou krátkodobé cíle určené uživatelem.

###### *Tvorba a plnění individuálního plánu*

Vytvoření individuálního plánu a soustavné úsilí o jeho naplnění.

### *Praktické maximální využívání stávajících dovedností*

Uživatel by měl mít možnost a měl by být veden k využívání veškerých dovedností, kterými disponuje.

### *Nácvik nových dovedností a jejich začleňování do praktického života*

Dle individuálního plánu či potřeby – vaření, nákup, úklid, hospodaření s penězi, jednání s institucemi, organizace volného času.

### *Hledání náplně volného času*

Zaměstnání, vzdělávání, dobrovolnictví, navazování sociálních kontaktů.

### *Spolupráce s ostatními službami a rodinou*

Využívání dostupných služeb, které mohou být pro uživatele prospěšné. Zapojení rodiny do situace uživatele.

#### **4.4.3. Ukončení čerpání služby**

Služba může být ukončena oboustranně dohodou mezi poskytovatelem a uživatelem. Služba může být ukončena dosažením cíle či bez dosažení cíle, jedná se však o akt, na který by měl být uživatel připraven. V ideálním případě přechází uživatel do samostatného bydlení, pokud ne, měla by být nalezena a domluvena návazná služba.

Dále může být služba ukončena jednostranně a to ze strany uživatele (dle pravidel stanovených ve smlouvě o poskytování služby) či poskytovatele (při porušení pravidel, zánik organizace, ve zkušební době s udáním důvodu).

Při každém ukončení by mělo být provedeno celkové zhodnocení služby společně s uživatelem.

(CHB Fokus, Mladá Boleslav)

Posledním způsobem ukončení čerpání služby je smrt uživatele.



#### **4.5. Pozitiva a negativa chráněného bydlení**

##### **Pozitiva**

- Uživatelé bydlí v běžném prostředí, využívají běžných služeb, pohybují se ve veřejném prostoru.
- Uživatelé vykonávají běžné denní aktivity (nákup, úklid, vaření), což vede k větší samostatnosti a rozvoji uživatelů a v momentě, kdy se naučí vykonávat činnost samostatně či pouze se slovní dopomocí také k úspoře personálních zdrojů.
- Dosažení vyšší kvality života uživatelů, jejich sociálního začlenění a rozvoje.

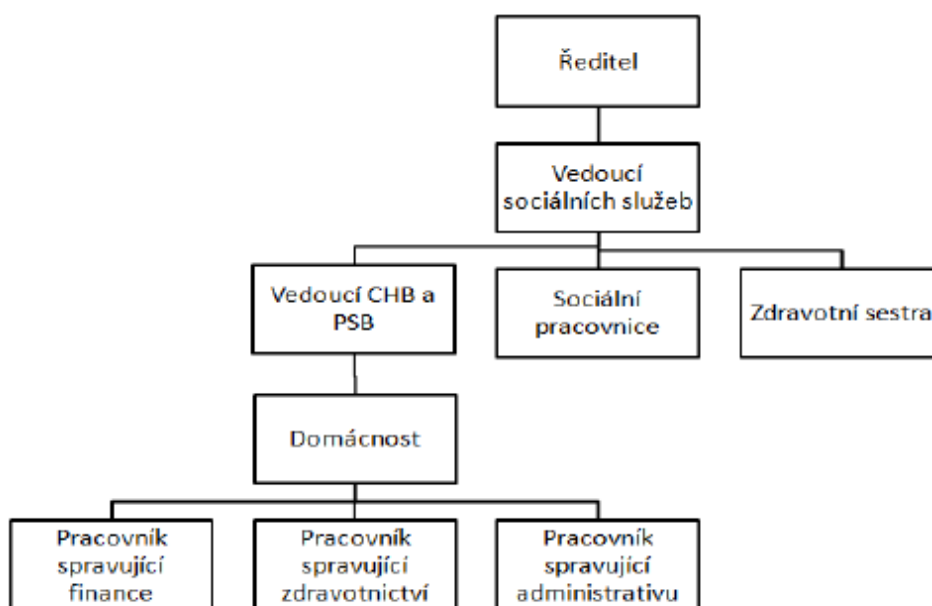
##### **Negativa**

- Možný je pouze nízký počet uživatelů v jednom bytě – náročnější zajištění prostor pro službu.
- Náročnější organizace poskytování služby.

#### **4.6. Organizační struktury chráněného bydlení**

Ve většině případů je v organizační struktuře vedoucí chráněného bydlení, pod kterého spadají jednotlivé domácnosti. V některých případech mají i jednotlivé domácnosti určeného svého vedoucího, někdy jsou pracovníci domácnosti rozděleni dle oblasti, za kterou odpovídají, někdy má také každý pracovník na starosti určité uživatele.

Obr. 3. Příklad organizační struktury chráněného bydlení



Zdroj: Bellevue, 2010

#### 4.7. Pracovníci ve službě chráněné bydlení

Personální zajištění služeb je ošetřeno standardy kvality sociálních služeb. Dle standardu číslo 9. Personální zajištění, musí struktura, počet pracovníků i jejich vzdělání a dovednosti odpovídat potřebám uživatelů služby. (Johnová, Čermáková, 2002)

Zařízení má stanoveny požadavky na personální zajištění služby – strukturu a počet pracovních míst, potřebnou kvalifikaci, osobnostní a morální předpoklady.

Jasně stanovené kompetence, zaškolení nových pracovníků a podpora jsou důležitými determinantami kvality práce pracovníků. Vzhledem k důležitosti a velkému vlivu pracovníků na úspěch a kvalitu služby, nemohou být tyto fakty opominuty.

Ve službách chráněné bydlení lze často nalézt následující pracovníky:

**Vedoucí chráněného bydlení** – zajištění kompletní organizační a metodické podpory. Koordinace směn pracovníků, dohled na provoz služby.

**Pracovník v přímé péči** – Na každou domácnost připadá několik pracovníků, kteří poskytují uživatelům potřebnou podporu, případně asistenci. Existují různé modely

rozdělení kompetencí pracovníků v jedné domácnosti. Jednou z variant je stanovení vedoucího domácnosti, který je odpovědný za její chod. Další z variant je rozdělení kompetencí mezi všechny pracovníky dle oblastí, za kterou odpovídají a řeší – např.: pracovník spravující finance, pracovník spravující zdravotnictví a pracovník spravující administrativu (viz. Obr. 3).

Směny pracovníků v přímé péči mohou být organizovány několika způsoby:

- Denní dvanáctihodinové směny, střídání krátkého a dlouhého týdne.
- Střídání denních a nočních dvanáctihodinových směn s následným dnem volna.
- Pracovní rozpis bez pravidelností – tvoří se vždy pro nadcházející měsíc (jeden den 12 hodin, druhý den 8 apod.).

**Klíčový pracovník** – Každý z pracovníků v přímé péči vykonává ještě roli klíčového pracovníka pro jednoho až dva uživatele. Klíčový pracovník odpovídá za osobní věci uživatele, všímá si jeho zájmů, potřeb a přání, komunikuje s rodinnými příslušníky uživatele, hájí zájmy a práva uživatele, odpovídá za vytvoření, realizaci a hodnocení individuálního plánu uživatele, motivuje ho k účasti na individuálním plánování.

**Supervizor** – Supervizor poskytuje podporu pracovníkům v přímé péči v oblastech, které si sami zvolí, jako problematické nebo tíživé. Supervize, její náplň a způsob se odvíjí od dohody se zadavatelem. Může mít formu skupinovou či individuální a být různě tematicky zaměřená (organizační, podpůrná, formou případové studie).

#### **4.8. Prostředí pro poskytování služby**

Prostředí hraje významnou roli na životní spokojenost a kvalitu života jedince, zvláště kvůli jeho trvalému a dlouhodobému působení. Pokud jedinec obývá prostory, ve kterých se necítí dobře, dochází k významné zátěži a negativnímu ovlivnění mnoha aspektů života. U osob se zdravotním postižením může být prostor podstatným terapeutickým faktorem. (Šestáková et al, 2012)

*„Vytváříme místo pro život, nikoli pro poskytování služby.“ (Šestáková et al, 2012)*

Prostředí a podmínky poskytování služby jsou obecně ošetřeny 14. standardem kvality sociálních služeb, který stanoví, že prostředí a podmínky musí odpovídat kapacitě a potřebám uživatelů a být v souladu se všemi stavebními i hygienickými normami.

Detailněji, avšak nezávazně, se podmínkami bydlení zabývá publikace „Bydlení (nejen) pro osoby se zdravotním postižením“ (Šestáková et al, 2012).

Důležité je uvědomit si, že v případě chráněného bydlení, je vytvářen pro uživatele domov. Aby byl domov domovem, měl by vykazovat určité rysy. Dojem domova podporuje umístění v běžném domě, běžné názvosloví (ložnice, kuchyň apod.), domácí vybavení interiéru a civilní oblečení personálu. (Šestáková et al, 2012)

Při volbě místa pro poskytování služby chráněné bydlení je vhodné uvažovat o lokalitě a objektu samotném.

### **Lokalita**

Při výběru lokality může pomoci položení následujících otázek:

- Je lokalita místem, kde se pohybují běžní občané? Nepřevažuje v lokalitě rekreační bydlení? Nejedná se o zónu satelitního bydlení? Nejsou poblíž výrazně riziková místa?
- V případě uživatelů s fyzickým či kombinovaným postižením: Je okolí a doprava bezbariérová?
- Je možné v dané lokalitě navázat kontakt s okolím (sousedé, kultura) a dostat se k běžně užívaným službám (obchod, nemocnice)?
- Existuje v lokalitě přiměřené riziko?
- Dojíždím za zaměstnáním nebo zájmovými aktivitami či je vše dostupné v místě bydliště?

Ne každá lokalita je vhodná pro každého uživatele. Před konečným rozhodnutím o umístění jakéhokoli uživatele, je nutné provést analýzu jeho potřeb a přání ve vztahu k prostředí. Při analýze zjišťujeme místo původu a vazbu na něj, osobní preference z hlediska charakteru místa (vesnice, město), požadavky na formu bydlení (byt, dům, individuální, skupinové), vazbu na kontinuitu (přeje si uživatel udržet současné sociální

vazby), schopnost pohybu a orientace, potřebnou míru podpory a charakter postižení. (Šestáková et al, 2012)

Dále při výběru vhodné lokality pomůže analýza občanské vybavenosti a její dostupnosti v dané lokalitě (dopravní dostupnost, pracovní a vzdělávací příležitosti, dostupnost běžných služeb, dostupnost ambulantních a terénních služeb, možnost trávení volného času) a analýzu současných možností a zdrojů organizace (personální zdroje, technické zajištění, potřebné služby, zázemí pro management). (Šestáková et al, 2012)

Na základě syntézy výše uvedených zjištění je možné definovat vhodné lokality pro život uživatelů i pro umístění managementu organizace.

## **Objekt**

Při uvažování o konkrétním objektu je třeba vyřešit, zda zrekonstruovat objekt starý či postavit zcela nové bydlení.

Rekonstrukce se většinou týká původních domů, které stojí v centrálních polohách s dobrou dostupností i s dosažitelností dalších potřebných služeb, což je většinou výhodou. Nevýhodou naopak je nutnost provedení průzkumu objektu, náprava případných nedostatků (izolace apod.) a možná omezení kvůli památkové ochraně objektu.

Výhodou novostavby je návrh architektonického řešení na míru uživatelům a volné pole působnosti při plnění stavebních požadavků, také přesnější odhad konečných nákladů. Potíže však může vyvolat schvalování projektové dokumentace, účast sousedů na územním řízení a nutnost čekat na postavení objektu. (Šestáková et al, 2012)

Při stavbě nového objektu či volbě konkrétního objektu vyvstávají následující otázky:

- Poskytuje objekt možnost soukromého prostoru uživatelů?
- Je objekt koncipován pro vhodnou kapacitu uživatelů?
- Je v bytě možnost setkávání s ostatními spolubydlíci a společného trávení času?
- Mají uživatelé možnost upravit si prostor vlastním potřebám a vkusu?
- Vyhovuje rozložení a vybavení objektu potřebám cílové skupiny?

- Bydleli bychom v bytě či domě sami rádi?

#### **4.9. Transformace velkokapacitního zařízení na chráněné bydlení**

Proces transformace sociálních služeb je složitým a několikaletým procesem. V rámci procesu transformace zařízení je třeba ošetřit celou řadu otázek z oblasti strategického plánování změny, ekonomických rozvah, stavebních otázek a další. (Národní centrum podpory transformace sociálních služeb, 2013)

Na počátku procesu transformace stojí rozhodnutí o jejím uskutečnění, následuje plánování průběhu celého procesu, příprava na transformaci, její realizace a na závěr zhodnocení. Detailněji budou tyto fáze rozebrány v empirické části této práce.

#### **4.10. Náplň volného času uživatelů chráněného bydlení**

Při rozhodování a organizaci volného času uživatelů by mělo být zásadní jejich přání a preference. Zajištění náplně volného času může být součástí individuálních plánů uživatelů.

Dopoledne by mělo být vyplněno péčí o společnou domácnost, případně prací (s jejímž hledáním může pomoci klíčový pracovník), odpoledne se pak uživatel může věnovat zájmovým či podpůrným aktivitám.

Při hledání náplně volného času uživatelů chráněného bydlení je vhodné začít u individuálního plánu, kde jsou specifikována přání uživatele. Ideálním řešením je využití pracovních pozic a služeb pro širokou veřejnost, pokud to stav uživatele neumožní tak jiné ambulantní sociální služby.

Možnosti náplně volného času uživatelů chráněného bydlení:

- péče o domácnost,
- zaměstnání,
- denní stacionář,
- sociálně terapeutická dílna,

- zájmy,
- společenské akce.

#### **4.11. Možnosti rozvoje uživatelů chráněného bydlení**

Jak je zmíněno výše, rozvoj uživatelů by měl být nedílnou součástí služby. Způsob a směr rozvoje stanovuje uživatel ve spolupráci s klíčovým pracovníkem v rámci tvorby individuálního plánu.

Rozvoj může probíhat zcela přirozenou cestou prostřednictvím umožnění výkonu běžných činností, socializací a stykem s běžným životním prostředím. Může jít také o rozvoj cílený – nácvik konkrétních činností, vzdělávání či rehabilitace.

V ideálním případě je výsledkem rozvojových aktivit nalezení zaměstnání, přesun do individuálního či vlastního bydlení, nalezení partnera nebo jen samostatné zvládnutí péče o domácnost, orientace po městě a zvýšení samostatnosti.

Na veškeré dosažené pokroky by měl reagovat pracovník upravením míry poskytované podpory tak, aby získané dovednosti mohly být plně využity.

#### **4.12. Specifika chráněného bydlení pro osoby s fyzickým postižením**

Cílovou skupinou většiny poskytovatelů chráněného bydlení jsou osoby s duševním, mentálním či kombinovaným postižením. Jaké jsou důvody, že jen málo poskytovatelů službu cílí na osoby s fyzickým postižením? Níže uvádím body, které považuji za specifické pro osoby s fyzickým postižením ve vztahu k chráněnému bydlení.

- Potřeba fyzické, často intenzivní asistence – Osoby, jejichž fyzické postižení je natolik závažné, že je učiní neschopnými samostatného bydlení, potřebují pomoc ve většině aktivit dne. Vznikají tím velmi vysoké náklady na personální zajištění.
- Bezbariérovost – objekty i jejich okolí musí být bezbariérové.
- Větší nároky na prostor – rozloha celého objektu musí umožnit manipulaci s více invalidními vozíky.

- Získané postižení – často se jedná o získané postižení, jedinci tedy mají již vytvořené sociální vazby a jsou zvyklí žít v běžném prostředí a to jim zatím systém sociální péče neumožňuje v dostatečné kapacitě.

K tomuto tématu se vrátím ještě v empirické části práce, kde se analýzou stávající nabídky chráněného bydlení pokusím tato tvrzení podložit, vyvrátit či upřesnit.

#### **4.13. Shrnutí kapitoly**

Při zavádění služby chráněné bydlení jsou zvýšené náklady, proto je vhodné využít některých z možností podpory systému. Při správném nastavení služby může chráněné bydlení znamenat pro uživatele výrazné zvýšení kvality života a to zejména díky přístupu pracovníků, umožnění přímého kontaktu s běžným prostředím, činnostmi a lidmi.



## 5. Metodické materiály

Kapitola Metodické materiály představuje existující metodické dokumenty, týkající se řízení procesu transformace sociálních služeb. Většinou se jedná o materiály zpracované Ministerstvem práce a sociálních věcí nebo Národním centrem pro podporu transformace sociálních služeb.

### a. Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe

**Autor: Milena Johnová, Kristýna Čermáková (2002)**

Dokument nesouvisí přímo s procesem deinstitucionalizace a přechodem uživatelů do komunitních služeb, nicméně se jedná o standard, který by měl být zaveden v každém zařízení poskytujícím sociální služby.

### b. Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti.

**Autor: Ministerstvo práce a sociálních věcí (2007)**

Materiál dokládá zájem státu o transformaci sociálních služeb a podporu deinstitucionalizace. V dokumentu je popsán současný stav v České republice v oblasti transformace pobytových sociálních služeb, na základě něhož vzniká koncepce podpory transformace sociálních služeb pro období 2007 – 2013. V rámci této koncepce materiál shrnuje možné problémové oblasti transformace a navrhuje možnosti jejich řešení. Na základě těchto poznatků jsou navrženy cíle a opatření vedoucí k úspěšné realizaci transformace pobytových sociálních služeb.

Tyto cíle jsou:

- Zvýšit informovanost o procesu transformace institucionální péče pro osoby se zdravotním postižením a seniory

- Vytvořit systém vertikální a horizontální spolupráce mezi všemi dotčenými subjekty (relevantními aktéry) procesu transformace institucionální péče (jedná se zejména

o následující subjekty: státní správa a samospráva, poskytovatelé sociálních služeb, uživatelé sociálních služeb, sociální partneři)

- Podpora poskytovatelů sociálních služeb, jejich zaměstnanců a dalších subjektů při transformaci institucionální péče zejména směrem k poskytování sociálních služeb v souladu s individuálními potřebami uživatelů služeb prostřednictvím dotačních programů.

- Podporovat proces zkvalitňování životních podmínek uživatelů stávajících ústavních zařízení sociální péče.

- Podpora naplňování lidských práv uživatelů pobytových sociálních služeb a jejich práva na plnohodnotný život srovnatelný s vrstevníky, žijícími v přirozeném prostředí.

(Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2007)

Celkově materiál poslouží k orientaci v problematice a v celém procesu deinstitucionalizace. Zařízení, které se na transformaci připravují, upozorňuje na možné překážky a inspiruje je k jejich řešení.

### **c. Rizika procesu transformace a deinstitucionalizace a systém jejich řízení**

**Autor: Mgr. Petr Mach, Ing. Jana Brathová (2012)**

Cílem dokumentu je podpořit kroky, které pomohou snížit výskyt rizik a jejich dopad na proces transformace a účelné využití vynaložených zdrojů. Dokument je rozčleněn do tří částí:

#### ***1) Systém řízení rizik***

Kapitola popisuje principy systému řízení rizik a jeho realizaci. Proces řízení rizik má několik částí, které se v průběhu celého procesu opakují (v případě identifikace nového rizika). Tyto části jsou: komunikace, konzultace a stanovení kontextu (konkretizace cílů řízení rizik, určení manažera rizik, zpracování plánu, systém sdílení informací); posouzení rizik (identifikace rizik – na základě registru rizik, analýza rizik – kvalifikace a kvantifikace rizik a hodnocení rizik); ošetření rizik a přezkoumání.

Kvalifikace rizik – stanovení příčiny vzniku rizika, dopadu rizika, způsobu a úrovně eliminace rizika.

Kvantifikace rizik – určení váhy, frekvence a náročnosti eliminace.

## **2) Analýza rizik – vyhodnocení rizik**

Analýza rizik vychází z kvantitativního a kvalitativního rozboru rizik identifikovaných v Registru rizik. Pro stanovení rizikovosti je využita metoda Risk Priority Number (RPN), která pracuje s daty stanovenými při kvalifikaci a kvantifikaci rizik ohodnocenými dle dané škály.

Výpočet:  $RPN = \text{frekvence} \times \text{váha} \times \text{náročnost eliminace rizika}$

Čím vyšší je výsledná hodnota RPN konkrétního rizika, tím větší ohrožení pro proces transformace představuje.

## **3) Registr rizik**

Soubor reálných rizik v procesu transformace včetně popisu jejich příčin, důsledků jejich dopadu a možností jejich eliminace. Rizika jsou rozdělena do kategorií (např.: sociální, ekonomická) a tříd (např.: uživatelé, opatrovníci). Registr rizik bude průběžně aktualizován dle nově identifikovaných rizik. Slouží jako podklad systému řízení rizik a nástroj pro realizaci procesu řízení rizik.

Identifikovaná rizika vychází z informací od zdrojů, které jsou v přímém kontaktu s procesem transformace.

Dokument poskytuje přehledný a komplexní návod k práci s riziky. Z mého pohledu ho hodnotím jako přehledný a srozumitelný.

(Mach, Brathová, 2012)

## **d. Deset kroků deinstitutionalizace**

### **Autor: Národní centrum podpory transformace sociálních služeb**

Deset kroků deinstitutionalizace je stručný dokument zaměřený na deinstitutionalizaci péče o děti, jeho doporučení jsou však vhodná i pro ústavní zařízení pro osoby se zdravotním postižením. V deseti bodech nastiňuje, co by měl proces deinstitutionalizace zahrnout, aby byl úspěšný a to od fáze plánování až po zhodnocení celého procesu.

## **e. Jak na to. Příklady dobré praxe v deinstitucionalizaci**

**Autor: Národní centrum podpory transformace sociálních služeb, 2013**

Jedná se o sborník příkladů dobré praxe, který představuje praktické příklady řešení možných problémových situací souvisejících s procesem změny a poskytuje tak inspiraci ostatním poskytovatelům při řešení podobných stavů. Dokument je přehledně rozdělen do 11 tematických oblastí, což podpoří lepší orientaci čtenáře v problematice. U každé oblasti je představen skutečný případ doplněný o způsob jeho řešení, výsledek změny a doporučení a zkušenosti.

Oblasti se týkají uživatelů služeb a přímé péče (podpora klienta, způsobilost k právním úkonům, podpora partnerského a rodinného života a další), organizace a řízení změny (řízení změn v organizaci, práce se zřizovatelem) a procesu transformace a zajištění služeb na úrovni regionů (komunitní systém a spolupráce s jinými organizacemi, rozvoj komunitních služeb v regionu).

Závěrem sborník popisuje, jak dobrou praxi rozpoznat, případně sdílet s ostatními organizacemi.

(Národní centrum podpory transformace sociálních služeb. 2013)

## **f. Analýza - průběh transformace ve vybraných zařízeních**

**Autor: Národní centrum pro podporu transformace sociálních služeb (2012)**

Analýza představuje aktuální stav transformace ve třech vybraných zařízeních poskytujících pobytovou sociální péči osobám se zdravotním postižením dle stanovených parametrů a témat (výběrem např.: poptávka po službách a změny poptávky, počet osob na koupelnu nebo WC, zaměstnávání uživatelů a vzdělávání uživatelů). Dokument popisuje průběh transformace v těchto zařízeních z hlediska poskytovatelů (organizační struktura, řízení změny), uživatelů (začlenění do společnosti, zapojení do rozhodování a další) a zaměstnanců (změna pracovního prostředí, pracovní uspokojení, názorový vývoj).

Závěrem dokument srovnává jednotlivá zařízení ve výše zmíněných parametrech a předkládá dilemata, otázky a doporučení, která v průběhu sběru a zpracování dat vyvstala. Tato část je obzvláště zajímavá, jelikož shrnuje alternativní přístupy jednotlivých

poskytovatelů v různých oblastech a stručně a výstižně definuje faktory, které mohou napomoci k realizaci transformačních změn.

Analýza může posloužit těm poskytovatelům, kteří jsou v transformačním procesu v ranějších fázích, ale myslím, že i všem poskytovatelům rozličných sociálních služeb, kteří plánují zavedení změny jako inspirace k jejímu úspěšnému řízení.

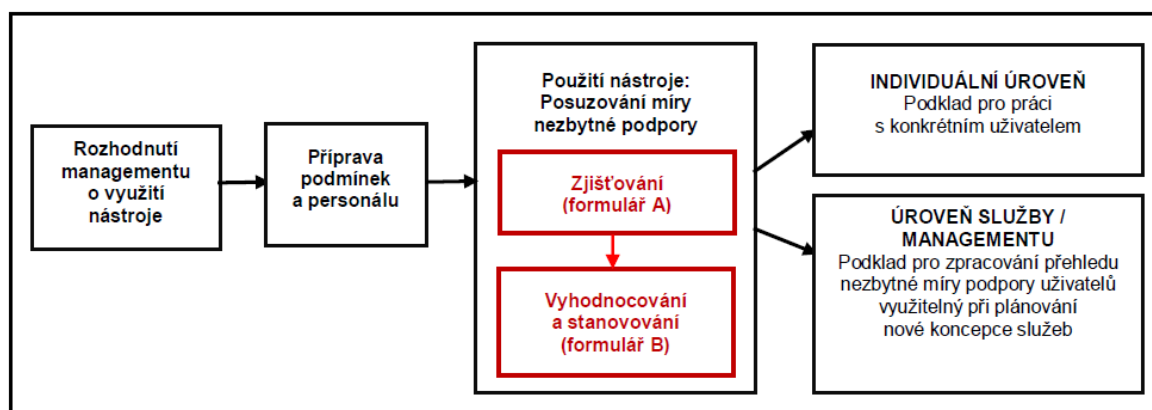
#### **g. Posuzování míry nezbytné podpory uživatelů**

**Autor: Národní centrum podpory transformace sociálních služeb, 2013**

Tento dokument byl vypracován Ministerstvem práce a sociálních věcí v roce 2010 a na žádost ministerstva zrevidován Národním centrem pro podporu transformace sociálních služeb v roce 2013. Dokument představuje nástroj pro zhodnocení potřebné míry podpory uživatelů služby (pro dospělé osoby od osmnácti let věku) v každodenních situacích v prostředí mimo instituci, způsob jeho použití a vyhodnocení. Nástroj zohledňuje i pohled samotného uživatele a jeho nejbližších pomáhajících.

Výsledky hodnocení jsou cenné při plánování další podpory – identifikuje osoby s nízkou, střední a vysokou mírou potřebné podpory a tím umožní poskytovateli nabídnout klientovi takovou podporu, kterou nutně potřebuje (přizpůsobit službu uživateli), ale zamezí poskytování zbytečně vysoké podpory klientovi, která mu brání v osobním rozvoji a plýtvá lidskými i finančními zdroji poskytovatele.

Obr. 4 Práce s nástrojem a možnosti jeho využití



Zdroj: Národní centrum podpory transformace sociálních služeb, 2013

Nástroj je tvořen dvěma na sebe navazujícími dotazníky (Formulář A a B). Formulář A je sebehodnotící dotazník uživatele, ve kterém uživatel (v případě nutnosti s dopomocí) určuje svůj výkon v oblastech komunikace, péče o sebe, péče o domácnost, zdraví, bydliště a prostředí, bezpečí a rizika, vztahy, osobní uplatnění a spokojený život, finance a úřady a pravidla a povinnosti. Formulář B slouží k vyhodnocení Formuláře A a je vyplňován týmem osob, které daného uživatele dobře znají. Závěrem Formuláře B je stanovení potřebné míry podpory.

#### **h. Deset doporučení k podpoře pracovníků**

**Autor: Národní centrum podpory transformace sociálních služeb, PS  
Vzděláváním k deinstitucionalizaci, 2012**

Deset doporučení k podpoře pracovníků je stručný dokument shrnující postupné kroky přípravy pracovníků na proces transformace. Dokument klade velký důraz na vzdělávání, následnou evaluaci dopadů vzdělávání a supervizi.

#### **i. Průvodce komunikací s veřejností**

**Autor: Národní centrum podpory transformace, 2012**

Průvodce komunikací s veřejností je opět zpracován Národním centrem pro podporu transformace sociálních služeb. Tentokrát se však jedná o jakousi baterii, která obsahuje jednotlivé, tematicky zaměřené, dokumenty. Průvodce má pomoci zařízením zvládnout komunikaci s veřejností a nastínit využití různých komunikačních cest (webové stránky, média, setkání apod).

*„Komunikace s veřejností představuje jednu z klíčových oblastí v transformaci pobytových sociálních služeb pro lidi s postižením – je třeba důkladně informovat o smyslu a průběhu změn a zároveň naslouchat obavám a výhradám a reagovat na ně.“*(Národní centrum podpory transformace, 2012)

Průvodce obsahuje dokumenty:

- Komunikace s příbuznými
- O prezentacích
- Odpor veřejnosti

- Pojmy, otázky, odpovědi
- Průvodce komunikací s veřejností
- Šablona komunikační strategie
- Tisková zpráva

### **5.1. Shrnutí**

Existuje poměrně velké množství metodických materiálů, které ošetřují řízení procesu transformace, změn s tím spojených a hodnocení procesu. Naopak vnímám absenci metodických materiálů, které by se věnovaly přímo poskytování komunitní služby uživatelům tak, aby byl podpořen jejich rozvoj a sociální začlenění (včetně nalezení zaměstnání). Přitom si myslím, že toto téma také spadá pod řízení a organizaci poskytování služby a může být součástí firemní kultury – podpora a jasné požadavky ze strany vedení jsou přímou determinantou kvality poskytované péče.

## 6. Individuální přístup k uživatelům služby

Důraz na individualizaci služeb je jedním z podstatných bodů transformace. Individuální přístup k uživatelům služby byl již mnohokrát zmiňován výše v této práci. Na základě svých praktických zkušeností však vnímám tento bod jako zvláště významný. Nestačí mít individuální přístup jen popsán na papíře, naopak jedná se o princip, který by měl prostupovat veškeré jednání a práci s uživatelem.

Ve své praxi vycházím z kanadského Přístupu zaměřeného na klienta. Tento přístup v sobě zahrnuje i respekt k uživateli a rovnocennou spolupráci s ním. Přístup zaměřený na klienta vnímá uživatele jako odborníka na vlastní situaci- on nejlépe rozumí svým potřebám a svému životu. Pracovník (v rámci Přístupu zaměřeného na klienta terapeut) jen dodává způsob, jak přání uživatele naplnit.

*„Pracovat v rámci přístupu zaměřeného na klienta zahrnuje náhled na klienta „tam, kde se momentálně nachází“, pokud jde o klientem udávané potřeby a přání, úroveň motivace nebo porozumění a náhled na problémy ve výkonu aktivit, které klient v současné době má či může mít v budoucnu.“ (Fisher, 2009)*

Níže uvádím některé chyby v chování personálu ve vztahu k individuálnímu přístupu k uživatelům, které vnímám jako rizikové – z pozorování vím, že k nim dochází i v komunitních službách:

### **Podvádění**

Využití oklamání pro dosažení toho, co pracovník považuje za správné, ale uživatel odmítá. Mnohdy se jedná o na první pohled nevinné a dobře myšlené lži, ve skutečnosti jde však o jednání proti přání uživatele a o manipulaci, proti které není v možnostech uživatele se ubránit. Při takovém jednání může docházet také ke zneužití důvěry, kterou uživatel k pracovníkovi chová.



## **Zneschopňování**

Bránění uživateli ve využití svých schopností, omezování svobodného jednání (z důvodu rizika nesprávného provedení činnosti, potřeby delšího času) a plošné poskytování služeb (aktivity se účastní všichni uživatelé bez ohledu na jejich přání a smysluplnost aktivity). (Johnová, Čermáková, 2002)

## **Vnucování**

Snaha přivést uživatele k tomu, co považuje za vhodné pracovník, a odklonit ho od jeho vlastního záměru. Vnucování se mnohdy může skrýt za snahu pracovníka učinit pro uživatele to nejlepší, chyba je bohužel v tom, že „nejlepší“ variantu nezvolil uživatel, ale pracovník.

## 7. Individuální plánování ve vztahu k chráněnému bydlení

Potřeba individuálního plánování je jedním ze standardů sociálních služeb. Cílem individuálního plánování je dosažení sociálního začlenění uživatele a zvýšení kvality života dle individuálních potřeb a osobních cílů uživatele. Výstupem procesu individuálního plánování zaměřeného na uživatele je individuální plán, se kterým dále pracuje odborný tým i uživatel.

Zásadním krokem v individuálním plánování je definování žádoucí změny v životě uživatele a rozdělení úkolů, vedoucích k jejímu dosažení, jednotlivým členům týmu.

*„V procesu plánování je úkolem poskytovatele vybrat spolu s uživatelem služby, na jakých cílech uživatele se bude pracovat (které zapadají do rámce organizace) a navrhnout, jaké postupy a metody práce budou použity.“ (Johnová, 2008)*

V sociálních službách se pro pojmenování cílů individuálního plánu užívá pojem „cíl spolupráce“. Tento pojem poukazuje na charakter stanoveného cíle – cíl vychází z konkrétní situace uživatele, ale nemůže se pohybovat mimo možnosti poskytované služby. (Johnová, 2008)

Ve vztahu ke chráněnému bydlení se mohou objevit individuální plány dva. Jeden, vytvořený v Domově pro osoby se zdravotním postižením, který vedl k přechodu uživatele do chráněného bydlení. Druhý, vytvořený po přechodu do chráněného bydlení vedoucí k rozvoji, podpoře samostatnosti a sociálnímu začleňování uživatele.

Problematický může být proces plánování s osobami s těžkou formou afázie či osoby, jejichž celkový stav jim neumožňuje vlastní formulaci svých přání a cílů. V těchto případech je vhodné navázat při plánování spolupráci s osobami uživateli blízkými a zajištění základních potřeb, jejichž uspokojení otevírá další možnosti rozvoje. Potíže s individuálním plánováním mohou mít také uživatelé dlouhodobě žijící v ústavu, kteří mají narušenou představu o reálném světě. (Johnová, 2008)

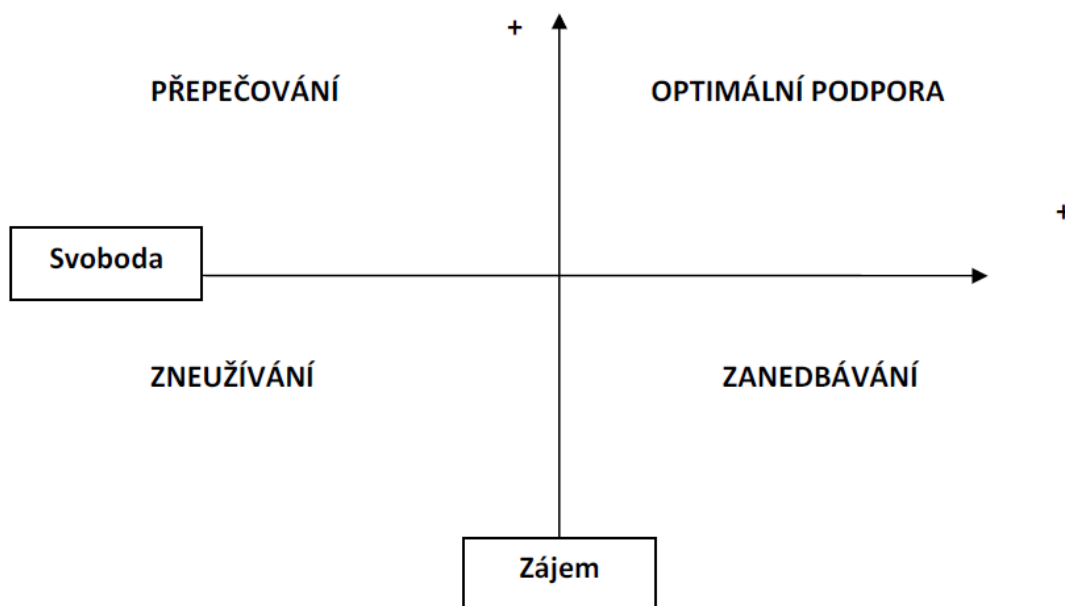
Ani ve výše zmíněných případech však nesmí dojít k tomu, že cíle uživatele stanoví pracovník dle vlastních představ. Naopak je třeba zvýšené citlivosti, vnímavosti a otevřenosti pracovníka tak, aby se mu podařilo zachytit sdělení uživatele.

Cíle uživatelů jsou mnohdy rozdílné od cílů a představ odborníků. Individuální plánování je však zaměřeno na konkrétního uživatele. Kdo by měl být v otázkách směřování vlastního života větším odborníkem než ten, o jehož život se jedná.

Ve své praxi se mi osvědčilo jednat s uživateli jako se zákazníky, kteří přicházejí s určitou zakázkou a mým úkolem je ji naplnit. Často však narážím na situaci, kdy osobám, které za mnou přichází, není jejich zakázka zřejmá nebo je tak obecná, že nelze použít jako individuální cíl. Důvodem přitom není nezájem, ale návyk z klasického systému, kdy odborníci říkají pacientům, klientům či uživatelům, co je pro ně dobré – takto stanovené cíle však nepodporují motivaci, samostatnost, odpovědnost a často ani nemají dopad na reálný život jedince.

Do jaké míry má pracovník zasahovat do vlastního pohledu a přání osvětluje následující model:

Obr. 5: Model optimální míry podpory



Zdroj: O'Brian, 1991

Jde o nalezení rovnováhy mezi svobodou uživatele a zásahy (zájmem) terapeuta. Jakmile jsou tyto dva body v nerovnováze, dojde k situaci, která není pro uživatele optimální: zanedbání (výrazně převažuje svoboda nad zájmem pracovníka), přepečování

(výrazně převažuje zájem pracovníka nad svobodou uživatele) a zneužívání (malý zájem pracovníka a malá svoboda uživatele). (O'Brian, 1991)

Individuální plánování je proces stávající ze zkoumání situace, tvorby plánu, realizace plánu a jeho vyhodnocení. (Johnová, 2008) Ve fázi tvorby plánu vnímám ještě dvě části – stanovení cílů a návrh postupu k jejich dosažení. Stanovení cílů považuji za stěžejní (ovlivňují motivaci uživatele a jsou nástrojem systematického rozvoje) a nenáročnější část individuálního plánování (z hlediska optimální míry a způsobu zásahu pracovníka a podnícení uživatele k jejich stanovení). A proto se budu tímto tématem zabývat v samostatné podkapitole níže.

### **7.1. Cíle individuálního plánu**

Cíle individuálního plánu by měly být:

- SMART
- Stanovené uživatelem – vychází z uživatele, definují jeho přání.
- Praktické – týkají se konkrétní činnosti, dovednosti, stavu. Jejich dosažení ovlivní kvalitu života uživatele.
- Týkají se výskytu něčeho, nikoli nepřítomnosti něčeho

*„Zájemci téměř vždy vědí, co nechtějí, co by nemělo být. Dobře zformulovaný cíl se však musí týkat toho, co zájemce chce, aby bylo, protože až to bude, bude to možné zjistit a současně to přinese naplnění uživatelského přání.“ (Johnová, Čermáková, 2002)*

### **Možné oblasti cílů individuálního plánu uživatele chráněného bydlení**

- Osobní péče (oblékání, stravování, hygiena)
- Funkční mobilita (pohyb v interiéru, v exteriéru)
- Samostatnost v komunitě (doprava, nakupování, manipulace s penězi)
- Organizace domácnosti (úklid, praní prádla, vaření)
- Produktivita (placená, neplacená práce)

- Volný čas (pasivní a aktivní odpočinek)
- Společenský život

(Law et al, 2008)

## 8. Shrnutí teoretické části práce

Teoretická část práce představuje deinstitucionalizaci jako současný trend v oblasti poskytování sociálních pobytových služeb, popisuje stav v zahraničí i České republice a předkládá předpoklady pro její úspěšný průběh i problémy, na které proces naráží. Dále se věnuje systému sociálních služeb v České republice, zejména zajištění jejich kvality a rozmanitosti. Po obecném úvodu se detailně věnuje chráněnému bydlení – principy a způsobu poskytování této služby. V rozsáhlé kapitole 5. Metodické materiály představuje již zpracovaná doporučení a postupy týkající se transformace sociálních služeb. V poslední části se zabývá individuálním přístupem k uživatelům a individuálním plánováním, což vnímám jako nosné pilíře moderní způsobu poskytování sociálních služeb.

Z teoretické části diplomové práce vyplynulo, že v České republice probíhá proces deinstitucionalizace na podobné úrovni jako v dalších postkomunistických zemích (je mírně opožděn oproti situaci v USA, Kanadě, Velké Británii a severských zemích). Proces deinstitucionalizace je podporován státem i Evropskou Unií, stále však naráží na určité problémy (viz kapitola 2.6.1. Současný stav v České republice). Celý proces je v České republice v počátečních fázích, ale aktivně se na celém procesu pracuje (Ministerstvo práce a sociálních věcí, Národní centrum pro podporu transformace a 32 zařízení, které jsou do projektu „Podpora transformace sociálních služeb“ zapojena a další zařízení, která do projektu zapojena nejsou, ale k deinstitucionalizaci v nich dochází). Vzniklo poměrně velké množství metodických materiálů, které ošetřují různé fáze procesu. Zařízení, která se transformují, mají tedy v současné době poměrně dobrou legislativní, finanční i metodickou podporu. I když ve své praxi sleduji velký posun v poskytování sociálních služeb, stále vnímám, že ještě zbývají velké rezervy (nedostatek komunitních služeb, nedostatek podpůrných služeb, které by umožnily potenciálním uživatelům zůstat v rodinách, nedostatečný rozvoj uživatelů služeb), se kterými by poskytovatelé měli pracovat a usilovat o další posun vedoucí k vyšší kvalitě života a sociálnímu začlenění uživatelů.

Co poskytovatelům ještě chybí? Jaké další metodické materiály a doporučení by ocenila? A je možné zřizovat chráněná bydlení i pro osoby s těžším fyzickým postižením

(z hlediska financování a zajištění potřebné podpory)? Na tyto otázky se pokusím odpovědět v empirické části této práce.

## I. Empirická část

### 9. Analýza nabídky chráněného bydlení v ČR pro osoby se zdravotním postižením

V České republice v současné době poskytuje službu chráněného bydlení 163 poskytovatelů různým cílovým skupinám uživatelů.

Nejvíce poskytovatelů chráněného bydlení cílí službu na osoby s mentálním postižením. Tyto osoby mohou využívat služby chráněného bydlení od sto dvaceti poskytovatelů, z toho 76 poskytovatelů poskytuje službu rovněž osobám s kombinovaným postižením (primární cílovou skupinou jsou však osoby s postižením mentálním).

Menší nabídka chráněného bydlení je pro osoby pouze s tělesným postižením – takto cílenou službu nabízí dle registru poskytovatelů sociálních služeb k datu 7. 5. 2013 pouze 18 poskytovatelů z celé České republiky. Jsou to:

Název	Kraj	Kapacita	Poznámka
O. S. OKNA Chráněné bydlení OKÉNKO	Jihočeský	12	-
Ústav sociální péče pro tělesně postiženou mládež v Brně - Králově poli	Jihomoravský	13	Pro děti a mládež s tělesným a druhotným mentálním postižením.
Mravenec spol. s r.o.	Karlovarský	26	Pro osoby s tělesným a duševním onemocněním, které jsou schopny alespoň částečně samostatného života.
POCHODĚŇ, občanské sdružení	Liberecký	54	Pro osoby s mentálním, kombinovaným a tělesným



pro pomoc zdravotně postiženým			postižením.
Sociální služby Karviná, příspěvková organizace	Moravskoslezský	12	-
Centrum sociální péče města Ústí nad Orlicí	Pardubický	124	Prakticky zaměřeno spíše na služby občanům seniorům.
BERENIKA - Vysoké Mýto - sdružení pro pomoc těžce zdravotně postiženým osobám - Denní centrum chráněné bydlení Berenika	Pardubický	12	-
Ústav sociální péče pro tělesně postíženou mládež Zbůch	Plzeňský	35	Přijímá uživatele s kombinovaným, tělesným a zdravotním postižením
Domov pro osoby se zdravotním postižením Stod	Plzeňský	40	V registru poskytovatelů sociálních služeb zaneseno jako služba pro osoby s tělesným postižením, na internetových stránkách však udávají zaměření na osoby postižením mentálním.
Rybka, poskytovatel sociálních služeb	Středočeský	12	Zaměřeno na tělesně a mentálně postižené uživatele.

Domov Ráček o. p. s.	Středočeský	28	Zaměřeno na tělesně a mentálně postižené uživatele.
Pečovatelská služba města Mladá Boleslav - CHB	Středočeský	63	Pro osoby s tělesným, sluchovým i chronickým duševním postižením, seniory.
Domov Laguna Psáry, poskytovatel sociálních služeb	Středočeský	8	Pro osoby s mentálním, kombinovaným, tělesným, zrakovým a sluchovým postižením.
Chráněné bydlení Centrum Slunečnice	Středočeský	8	Pro osoby s tělesným a vícečetným postižením.
Handicap centrum Srdce, o.p.s.	Středočeský	4	-
Integrované centrum pro osoby se zdravotním postižením Horní Poustevna	Ústecký	100	Pro osoby se všemi stupni mentální retardace, se zdravotním postižením a s kombinovaným postižením.
Naděje o. s. – Dům Naděje Zlín	Zlínský	45	-
Chráněné bydlení sv.Cyrila a Metoděje	Zlínský	8	V současné době obývají chráněné bydlení klienti s mentálním a kombinovaným postižením. Poskytovatel však uvádí jako cílovou skupinu i osoby s tělesným postižením.

Všichni z těchto poskytovatelů poskytují službu také osobám s jiným, než tělesným, postižením. V České republice neexistuje žádný poskytovatel, který by poskytoval

chráněné bydlení pouze lidem s tělesným postižením a jen málo (2) poskytovatelů uvádí osoby s tělesným postižením jako svou primární cílovou skupinu. Přitom osoby s tělesným postižením potřebují pro svůj rozvoj specifický přístup, který je odlišný od přístupu k osobám s mentálním postižením – potřebují jinak cílenou a poskytovanou podporu a odlišné příležitosti (pracovní, rozvojové a další).

Nejvíce poskytovatelů chráněného bydlení pro osoby s tělesným postižením se nachází ve Středočeském kraji.

Zbylí poskytovatelé chráněného bydlení nabízí službu osobám se zrakovým postižením, sluchovým postižením a chronickým duševním onemocněním.

Veškeré údaje v této kapitole jsou platné k datu 8. 5. 2013.

(Registr poskytovatelů sociálních služeb, 2013)

## **10. Metodologie**

### **10.1. Cíl výzkumu**

Cílem výzkumu je zmapovat oblasti, ve kterých by poskytovatelé, kteří zřizují chráněné bydlení, potřebovali metodickou podporu a ověřit praktickou využitelnost stávajících metodických materiálů. Dále prozkoumat příklady dobré praxe v konkrétních oblastech zřizování a přesunu uživatelů do chráněného bydlení. Na základě těchto zjištění poté definovat doporučení týkající se:

- úpravy stávajících metodických materiálů;
- doporučení oblastí a témat týkajících se zřizování, přechodu a úspěšného chodu chráněného bydlení, ve kterých by zařízení ocenila metodickou podporu;
- konkrétních metodických doporučení vedoucích k dobré praxi, ve stanovených oblastech.

Výstupy výzkumu mohou posloužit pobytovým zařízením sociální péče, která se připravují na transformaci a převedení uživatelů do komunitních služeb; poskytovatelům (či budoucím poskytovatelům), kteří usilují o zřízení chráněného bydlení s důrazem na chráněné bydlení pro osoby s fyzickým postižením; Národnímu centru pro podporu transformace sociálních služeb jako inspirace pro tvorbu nových, případně úpravu stávajících, metodických materiálů.

### **10.2. Výzkumný problém**

Výzkumný problém, který zamýšlím studovat, představuje proces transformace sociálních služeb, při kterém se uživatelé přesouvají z velkého pobytového zařízení do nízkokapacitního chráněného bydlení, které probíhá v komunitě běžného města či vesnice; dále funkční způsob poskytování chráněného bydlení s důrazem na chráněné bydlení pro osoby s fyzickým postižením.

Do transformace sociálních služeb v České republice je zapojeno 32 zařízení. Přibližně polovina z nich se na přesun uživatelů teprve připravuje a nové pobytové komunitní nízkokapacitní služby (chráněné bydlení) mají teprve vzniknout. Další zařízení,

kteřá již chráněné bydlení zřídila a uvedla do provozu, přesunula teprve část uživatelů a zbylá část stále ještě žije v ústavech. Pro úplné uzavření ústavních zařízení je potřebný ještě vznik dalších komunitních služeb, včetně chráněného bydlení, a přesun zbylých uživatelů.

Z analýzy nabídky služby chráněného bydlení vyplynulo, že existuje výrazně menší počet poskytovatelů služby chráněného bydlení pro osoby s tělesným postižením než pro osoby s postižením kombinovaným a mentálním. Přitom v roce 2008 žilo v České republice 1 519 044 osob se zdravotním postižením, z toho 550 407 osob s tělesným postižením a 106 699 osob s postižením mentálním. (Český statistický úřad, 2008)

Vyvstává otázka, z jakých důvodů je o službu chráněného bydlení pro osoby s tělesným postižením menší zájem či je její poskytování náročnější (z organizačních, finančních či jiných důvodů)? A jakým způsobem lze službu úspěšně poskytovat?

### **10.3. Teoretický koncept**

Teoretický koncept výzkumného problému je popsán v teoretické části práce. Shrnutím se výzkum dotýká třech hlavních oblastí:

#### **a. Deinstitutionalizace a transformace sociálních služeb**

Proces rušení ústavních zařízení a přesun k poskytování pobytové sociální péče pro osoby se zdravotním postižením formou nízkokapacitních komunitních služeb je v České republice i ve většině zemí Evropy politickým, odborným i sociálním trendem. Jedná se však o dlouhodobý a komplikovaný proces, který se dotýká mnoha různých oblastí od přijetí veřejností přes řízení služby až po způsob poskytování přímé péče uživatelům.

Většina pobytových zařízení sociální péče, která jsou do transformace sociálních služeb zapojena, se nachází v počátečních fázích celého procesu.

#### **b. Zavádění a poskytování služby chráněného bydlení**

Jednou z komunitních služeb, které mohou převzít uživatele z velkokapacitních zařízení je chráněné bydlení. Chráněné bydlení umožní uživatelům život v běžném prostředí a výkon běžných denních činností, které vykonávají zdraví lidé. Zatím však

neexistuje dostatečná kapacita této služby tak, aby ji mohli využívat všichni, pro které by mohla být vhodná.

Poskytovatelé, kteří se rozhodnou chráněné bydlení zřídit a poskytovat, se potýkají s oblastmi, které je třeba ošetřit – jak získat vhodné objekty pro poskytování služby, jak připravit zaměstnance, jakým způsobem službu kvalitně a efektivně poskytovat a v neposlední řadě, jak ji organizačně zajistit tak, aby byli schopni pokrýt provozní náklady.

### **c. Chráněné bydlení pro osoby s fyzickým postižením**

V rámci procesu deinstitucionalizace vznikají chráněná bydlení pro osoby se zdravotním postižením, převážně však pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením. Zároveň většina existujících velkokapacitních zařízení je zaměřena na tuto cílovou skupinu oproti zaměření na osoby s fyzickým postižením, ale neznamená to, že by počet osob s tělesným postižením v domovech pro osoby se zdravotním postižením byl zanedbatelný.

Konkrétně domovů pro osoby s tělesným postižením je v České republice 48 a pro osoby s mentálním postižením 170. Chráněné bydlení pro osoby s tělesným postižením poskytuje 18 poskytovatelů (některé ze služeb jsou však opravdu nízkokapacitní, např.: chráněné bydlení Slunečnice – 3 lůžka, chráněné bydlení Paprsek – 4 lůžka) a pro osoby s mentálním postižením 120 poskytovatelů. (Registr poskytovatelů sociálních služeb, 12. 5. 2013). Je tedy zřejmé, že kapacita stávajícího chráněného bydlení pro osoby s fyzickým postižením je nedostatečná.

## **10.4. Výzkumné otázky**

### **Výzkumné otázky**

Jakou mají poskytovatelé sociálních služeb zkušenost s existujícími metodickými materiály, které se týkají procesu transformace sociálních služeb a chráněného bydlení?

Ve kterých oblastech by poskytovatelé sociálních služeb ocenili další metodickou podporu?

Jaká jsou doporučení stávajících poskytovatelů chráněného bydlení pro zavedení „dobré praxe“, která ještě nejsou definována v existujících metodických materiálech?

### **Doplňující otázky**

Jaké jsou rozdíly mezi poskytováním chráněného bydlení pro osoby s mentálním, případně kombinovaným postižením a fyzickým postižením?

Proč je méně poskytovatelů, kteří chráněné bydlení poskytují osobám s fyzickým postižením než poskytovatelů, jejichž cílovou skupinou jsou osoby s mentálním a kombinovaným postižením?

### **10.5. Celkový přístup a jeho zdůvodnění**

Vzhledem k tomu, že zkoumaným jevem je proces (zřizování a zapojování uživatelů do chráněného bydlení) a účelem výzkumu je jeho detailní porozumění, jsem zvolila kvalitativní přístup.

Design výzkumu vnímám nejbližší metodě zakotvené teorie. Vycházím ze zkoumané oblasti a očekávám odhalení toho, co je v této oblasti významné. Po definování výzkumných otázek a výběru výzkumné metody následuje sběr dat, jejich přepis a kódování, které by mělo vést k vytvoření struktur jednotlivých otázek a jejich zodpovězení.

Konkrétně, zkoumanou oblastí je poskytování služby chráněného bydlení pro osoby s fyzickým postižením, přechod uživatelů z velkokapacitních zařízení do chráněného bydlení a využívání metodické podpory v těchto procesech. Očekávám detailní porozumění procesu, odhalení problematických oblastí a příkladů dobré praxe.

Výsledkem výzkumu má být teoretické vyjádření zkoumaného problému a odhalení vztahů mezi jednotlivými kategoriemi. (Strauss, Corbinová 1999)

Prioritou je pro mne zjištění osobní zkušenosti osob, které jsou do procesu zřizování, přechodu uživatelů a poskytování chráněného bydlení zapojeny z hlediska jeho organizace a řízení.

### 10.5.1. Techniky sběru dat

Jako nástroj získávání dat pro výzkum jsem zvolila hloubkové semi-strukturované rozhovory s jednotlivými respondenty.

Na počátku výzkumu jsem měla připravené velmi volné schéma rozhovoru a kladla jsem důraz na volné vyprávění respondenta.

#### **Připravené schéma prvního rozhovoru:**

- a. Využívali jste při vzniku chráněného bydlení a přesunu uživatelů nějakých metodických materiálů?
- b. Jaké to byly?
- c. Objevily se nějaké rozpory mezi materiály a praxí?
- d. Jaká jsou Vaše doporučení pro ostatní poskytovatele, kteří se připravují na zřízení a provoz chráněného bydlení?
- e. Jak byste charakterizoval/la osoby, které se do chráněného bydlení již podařilo přesunout?
- f. Proč tyto osoby?
- g. Uvažujete o přesunu osob s těžším postižením?

Již při úvodním rozhovoru jsem však využívala doplňujících otázek, které vzešly z odpovědí respondenta a snahy získat potřebné informace, některé otázky naopak byly zodpovězeny ještě před jejich položením.

Po prvních dvou rozhovorech jsem provedla jejich zevrubnou analýzu. Při následujících rozhovorech jsem se již snažila do rozhovoru zahrnout oblasti, které mi na základě analýzy předchozích rozhovorů a studia polních poznámek přišly zajímavé a chtěla jsem o nich zjistit více. Jednalo se o začlenění následujících otázek a oblastí:

- a. Jaká jsou Vaše doporučení pro ostatní poskytovatele týkající se transformace a poskytování chráněného bydlení?



- b. Které uživatele zapojujete nejdříve – ty s nižší nebo vyšší mírou podpory?
- c. Využíváte pohyb zaměstnanců mezi více domácnostmi během jedné směny?
- d. Co Vám při procesu transformace a zřizování chráněného bydlení chybělo – v jakých oblastech byste ocenili metodickou podporu?

Stále se však jednalo o měkký scénář rozhovoru a žádný z rozhovorů nebyl veden zcela shodným způsobem, neboť jsem usilovala o reflexi na aktuální odpovědi a poskytnutí prostoru pro respondenta.

### **10.5.2. Volba vzorku a místa výzkumu**

Základním kritériem při volbě vzorku byla jeho reprezentace zkoumaného problému – řízení a organizační zajištění chráněného bydlení. (Švaříček, Šedová, 2007)

Kritéria při výběru vzorku jsou:

- zapojení poskytovatele do procesu transformace sociálních služeb;
- poskytování služby chráněné bydlení;
- cílová skupina sociální služby zahrnující osoby s fyzickým postižením;
- respondent, který je součástí managementu zařízení ve vztahu k poskytování chráněného bydlení.

Při hledání zařízení jsem opustila od idey, že všechna zařízení, která budou zařazena do výzkumu, musí splňovat všechna kritéria. Při volbě konkrétního zařízení jsem využila takové konstrukce vzorku, aby se mi podařilo pokrýt alespoň dvě ze tří daných kritérií. V průběhu výzkumu jsem vyhledávala taková zařízení, která by pomohla obsáhnout ve vzorku všechna zadaná kritéria.

### 10.5.2.1. Představení respondentů

#### Respondent 1

*Název zařízení:* Domov bez zámku

#### *Popis zařízení sociálních služeb*

Domov bez zámku je příspěvkovou organizací zřízenou krajem Vysočina, která je zapojena v projektu Ministerstva práce a sociálních věcí pro podporu transformace sociálních služeb. Cílovou skupinou zařízení jsou osoby s mentálním a kombinovaným postižením starší 18-ti let. Domov bez zámku poskytuje domov pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení, denní stacionář, odlehčovací službu a sociálně-terapeutickou dílnu. Jedná se o zařízení, které bylo do procesu transformace sociálních služeb zapojeno od jeho počátku.

Kapacita chráněného bydlení je 48 klientů a posláním služby je: *...“vytváření takových podmínek, které umožní osobám s mentálním, případně kombinovaným postižením, žít v co nejvyšší možné míře běžným způsobem života jejich vrstevníků.”*

(Domov bez zámku, 2013)

*Pozice respondenta:* Ředitelka

#### Respondent 2

*Název zařízení:* Anonymizováno

#### *Popis zařízení sociálních služeb*

Jedná se o příspěvkovou organizaci, které poskytuje služby: domov pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení a podpora samostatného bydlení. Cílovou skupinou uživatelů jsou osoby s mentálním a kombinovaným postižením. Kapacita chráněného bydlení je 63 uživatelů.

Posláním zařízení je: *...provázet lidi se specifickými potřebami tak, aby mohli žít důstojně podle svých potřeb, přání a možností uvnitř společnosti, poskytnout podporu založenou na odbornosti profesionalitě pracovníků, zaměřenou na individuální rozvoj*

*a upevňování dovedností každého uživatele tak, aby mohl bydlet srovnatelně se svými vrstevníky s minimální podporou.“*

**Pozice respondenta:** Vedoucí chráněného bydlení

### **Respondent 3**

**Název zařízení:** Centrum Slunečnice

#### **Popis zařízení sociálních služeb**

Centrum Slunečnice je jedním ze tří pražských středisek Diakonie církve bratrské a poskytuje služby centra denních služeb, osobní asistence a chráněného bydlení pro dospělé osoby s tělesným a vícečetným postižením (přidružené smyslové, lehké mentální, poruchy chování, příp. psychické onemocnění). Důležitým kritériem pro přijetí uživatele do služby je také jejich aktivita a motivace pracovat na svém rozvoji a soběstačnosti.

Nejedná se o domov pro zdravotně postižené, který se transformuje do komunitních služeb, ale o zařízení poskytující od svého počátku pouze komunitní ambulantní služby. Do vzorku jsem ho vybrala z důvodu reprezentace poskytovatele zaměřeného na osoby s fyzickým postižením, který chráněné bydlení pro tuto cílovou skupinu poskytuje již sedmým rokem.

Kapacita služby chráněné bydlení jsou pouze 3 lůžka, z toho jedno místo je určeno pro trvalý pobyt a další dvě po tréninkový pobyt na dobu určitou, pro ty uživatele, kteří usilují o přechod do vlastního bydlení (v těchto případech je pobyt zaměřen na trénink dovedností potřebných pro vedení domácnosti a na jednom lůžku se střídají dva uživatelé v pěti měsíčních cyklech).

Posláním chráněného bydlení: *„je umožnit dospělým lidem s tělesným a kombinovaným postižením, kteří potřebují pomoc a podporu druhého člověka, samostatně bydlet, vést vlastní domácnost a žít aktivním způsobem života.“*

(Centrum Slunečnice, 2013)

**Pozice respondenta:** Vedoucí chráněného bydlení

#### **Respondent 4**

*Název zařízení:* Centrum Kociánka

#### ***Popis zařízení sociálních služeb***

Centrum Kociánka je příspěvkovou organizací Ministerstva práce a sociálních věcí poskytující služby sociální péči dětem a mládeži s tělesným a druhotným mentálním postižením. Služby, které poskytuje, jsou: domov pro osoby se zdravotním postižením, denní stacionář, týdenní stacionář, odlehčovací služba, sociálně terapeutické dílny, chráněné bydlení a léčebná rehabilitace a zdravotnictví. (Centrum Kociánka, 2013)

Centrum Kociánka je velkou institucí, která poskytuje svým uživatelům vše, co potřebují, ve svém areálu. Transformace tohoto zařízení je dlouhodobou záležitostí. V současné době je i chráněné bydlení z velké části poskytováno za zdmí instituce a neodpovídá tak požadavkům transformace sociálních služeb.

*„Posláním chráněného bydlení je provázet lidi se specifickými potřebami životem tak, aby ho mohli prožít důstojně podle svých potřeb, přání a možností uvnitř společnosti.“*  
(Centrum Kociánka, 2013)

*Pozice respondenta:* Vedoucí chráněného bydlení

#### **Respondent 5**

*Název zařízení:* Vyšší Hrádek, poskytovatel sociálních služeb

#### ***Popis zařízení sociálních služeb***

Vyšší Hrádek, p.s.s. poskytuje služby chráněného bydlení, denní stacionář a domov pro osoby se zdravotním postižením. Posláním Vyššího hrádku, p.s.s. je: *„...umožňovat, podporovat, nabízet, měnit a zkvalitňovat.“*

Kapacita služby chráněného bydlení je 32 lůžek. Chráněné bydlení vzniklo roku 2007 jako součást projektu ROP NUTS II. a během současného projektu transformace poskytovatel usiluje o další snižování kapacity Domova pro osoby se zdravotním postižením. Nicméně, není plánován vznik dalších míst chráněného bydlení, ale vznikají tzv. Detašovaná pracoviště Domova pro osoby se zdravotním postižením.

**Pozice respondenta:** Vedoucí týmu chráněného bydlení

## **10.6. Analytická procedura a zjištění**

Při analýze nasbíraných dat jsem postupovala dle zásad zakotvené teorie. Nejprve jsem začala otevřeným kódováním a vytvořením kategorií, které následovalo axiální a selektivní kódování (dle Strauss & Corbin 1999), na základě kterého byl vytvořen analytický příběh (Švaříček, Šedová, 2007).

### **10.6.1. Otevřené kódování**

Z procesu otevřeného kódování vzešla následující sada kategorií:

#### **Iniciace vzniku chráněného bydlení**

**Kódy:** fyzický stav zařízení, iniciace procesu transformace, jasná vize a vedení, první přesunutí uživatelé, legislativa, plánování

#### **Kladná reakce na poskytování chráněného bydlení**

**Kódy:** pozitivní odezva pracovníka, pozitivní přístup veřejnosti, pozitivní změna v chování uživatele po přesunu do chráněného bydlení, přínos práce v chráněném bydlení pro pracovníky, snížení míry podpory, sociální začlenění, úspora financí uživatelů, zvýšení samostatnosti, svoboda/nezávislost uživatelů na zařízení

#### **Metodické materiály**

**Kódy:** absence metodického materiálu, existující využívaný metodický materiál, charakteristika metodického materiálu, metodický materiál zaměřený na jinou cílovou skupinu, nevyužití metodických materiálů, složitý, příliš rozsáhlý metodický materiál, vyhovující metodický materiál, proměnlivost práce s lidmi, standardní odborný postup

#### **Motivace pro transformaci**

**Kódy:** dlouhá doba pobytu v ústavu, motivace rodin a opatrovníků, motivace uživatelů pro přesun, motivace zaměstnanců k transformaci, negativní vliv zaměstnance na uživatele, praktická znalost/zkušenost pracovníka/poskytovatele s chráněným bydlením

(přímá/školení), pochopení smyslu transformace + sledování rozvoje uživatelů, praktická zkušenost uživatele, zkušební doba uživatele v chráněném bydlení, poskytování informací, volba prostředí uživatelem (pro chráněné bydlení), mediální komunikace s veřejností, místní šetření mezi veřejností, nezkušenost veřejnosti (s uživateli), přímá komunikace s veřejností, přímá zkušenost veřejnosti s uživateli

### **Nedostatek míst CHB pro osoby s fyzickým postižením**

**Kódy:** nedostatečná poptávka, rozdíl mezi zařízeními a cílovými skupinami/přizpůsobení cílové skupině

### **Okolnosti před vznikem a zapojením uživatelů do chráněného bydlení**

**Kódy:** bezbariérová úprava/bariérovou, degradace/přepečování uživatele, fyzická náročnost práce, nebezpečí/rizika pro uživatele v chráněném bydlení, negativní postoj veřejnosti k vzniku a existenci zařízení, závislost uživatele na velkém zařízení, odchod zaměstnanců, odpor k transformaci, potřeba jistoty (uživatelů i zaměstnanců), obava uživatelů, že se o sebe nedokážou postarat (z odchodu ze zařízení), obava zaměstnanců z práce v chráněném bydlení, nezkušenost poskytovatelů a zaměstnanců, obava zaměstnanců že to nebude fungovat, odpor uživatele k přesunu, (ne)přenositelnost informace jiným poskytovatelům, uživatel nemá na úhradu, nemožnost začlenit uživatele do chráněného bydlení, obava veřejnosti

### **Problémy v průběhu poskytování chráněného bydlení**

**Kódy:** negativní postoj veřejnosti proti uživatelům, negativní změna v chování uživatele po přechodu do chráněného bydlení, provozní problémy ve vztahu k chráněnému bydlení, potřeba vysokého počtu zaměstnanců, problémy s uživateli v chráněném bydlení, problémy s uživateli v chráněném bydlení ze strany pracovníků, tlak na snížení nákladů, zvýšení nákladů, posílení směn zaměstnanců

### **Příprava na poskytování chráněného bydlení (na vznik a zapojení uživatelů do chráněného bydlení)**

**Kódy:** místo vzniku nového chráněného bydlení, odhalení obav zaměstnanců, teoretická příprava pracovníků a poskytovatelů, teoretická příprava uživatelů, spolupráce s opatrovníkem/rodinou

## **Rozvoj uživatelů**

**Kódy:** maximální kompenzace postižení, nalezení zaměstnání uživateli, přechod uživatele do vlastního bydlení, příležitost k rozvoji + předání odpovědnosti uživatelům, trénink běžných činností, trénink pracovních činností, charakter chráněného bydlení

## **Optimalizace nákladů**

**Kódy:** eliminace personálu/pracovního času personálu, externí finanční podpora, maximální využití pracovní síly zaměstnance, míra podpory poskytovaná v chráněném bydlení, rozdělení směn zaměstnanců, státní a nadnárodní pomoc, zapojení rodiny do financování, sdílení bytu, změna organizační struktury

## **Stav uživatele:**

**Kódy:** fyzické postižení, mentální postižení, uživatelé s malou mírou podpory, uživatelé s vysokou mírou podpory, viditelné postižení uživatele

## **Úspěšné poskytování chráněného bydlení**

**Kódy:** sdílení zkušeností poskytovatelů, snížení nákladů, využití jiných sociálních služeb, vzdělávání pracovníků, výkon běžných činností uživateli a maximální využití schopností uživatele, spolupráce týmu

## **Zapojení uživatelů do chráněného bydlení**

**Kódy:** abstraktní potřeby uživatelů, objektivní hodnocení uživatelů, rozdělení uživatelů, subjektivní hodnocení uživatelů (motivace, sdílení domácnosti), výběr uživatelů pro přesun/pro chráněné bydlení, uživatelé, kteří zůstávají v DOZP, schopnost plnit povinnosti uživatelů chráněné bydlení, schopnost uživatele hradit chráněné bydlení

### **10.6.2. Axiální kódování**

V průběhu otevřeného a axiálního kódování jsem odhalila, vzhledem k mým výzkumným otázkám, nevyhovující skutečnost. Metodické materiály, které jsou tématem prvních dvou výzkumných otázek, se ukázaly pro poskytovatele jako ne příliš zásadní ve vztahu k úspěšnému poskytování chráněného bydlení. Naopak se objevily jiné faktory,

kteřé úspěch chráněného bydlení ovlivňují zásadně a poskytovatelé je opakovaně zmiňovali.

Při otevřeném kódování a vytvoření paradigmatického modelu tedy nehrají metodické materiály podstatnou roli a nejsou ústřední kategorií. Obecně, při průběhu rozhovorů, respondenti odpovídali na otázky týkající se metodických materiálů velmi stručně a vraceli se spíše k praktickým rovinám poskytování chráněného bydlení. Zodpovězení výzkumných otázek se tedy budu věnovat níže (v kapitole 11. Zodpovězení výzkumných otázek) a nyní se pokusím popsat situaci tak, jak se jeví po analýze rozhovorů.

Výsledkem axiálního kódování je následující paradigmatický model znázorněný v Příloze č. 2: Diagram č. 1. Axiální kódování.

### **10.6.3. Selektivní kódování**

Po axiálním kódování jsem využila techniku selektivního kódování, díky které jsem se pokusila nalézt a popsat vztahy mezi jednotlivými kategoriemi. Jako klíčovou kategorii jsem zvolila „Úspěšné poskytování chráněného bydlení“.

#### **Kostra příběhu**

Prvním nezbytným krokem pro vznik a úspěšné poskytování chráněného bydlení je iniciace ze strany poskytovatele. Následují přípravy na poskytování chráněného bydlení, jejichž kvalita, způsob a rozsah jsou podstatné pro zapojení uživatelů do chráněného bydlení a eliminují či naopak podpoří problémy, které mohou do vzniku či poskytování chráněného bydlení zasáhnout. Pokud jsou pracovníci, uživatelé i veřejnost motivováni pro chráněné bydlení, dochází k maximálnímu rozvoji a využití schopností uživatelů a tím pádem i snížení potřebných nákladů pro poskytování chráněného bydlení, jsou naplněny předpoklady pro kladnou odezvu a úspěšné poskytování této sociální služby.

Nalezené vztahy mezi jednotlivými kategoriemi jsou graficky znázorněny v Příloze č. 3: Diagramu č. 2 Selektivní kódování. Jako ústřední kategorie byla zvolena kategorie „Úspěšné poskytování chráněného bydlení“.



## Úspěšné poskytování chráněného bydlení

Vlastnosti	Dimenze
Stav chráněného bydlení	Poskytováno × neposkytováno
Financování	Zisk × pokrytí nákladů × pod náklady
Funkční naplnění služby uživateli	Naplněna × nenaplněna × nenaplněna vhodně
Sociální začlenění	Úspěšné × neúspěšné
Samostatnost uživatelů	Svoboda × závislost
Kvalitní pracovníci	Zajištění × absence

Chráněné bydlení by mělo vést k sociálnímu začlenění a větší kvalitě života uživatelů. Uživatelé chráněného bydlení však stále potřebují určitou míru podpory, která by měla podmiňovat jejich rozvoj a podporovat právě sociální začlenění a dle zaměření jednotlivých poskytovatelů také přispívat k jejich rozvoji, zároveň však službu musí být možné zajistit z hlediska finančních zdrojů.

Prvním krokem k poskytování chráněného bydlení je iniciace celého procesu vzniku a poskytování chráněného bydlení. Tato fáze je vyvolána poskytovatelem a může být podpořena **špatným fyzickým stavem stávajícího zařízení**, ve kterém jsou uživatelé umístěni (*Domov bez zámku, 72: „...kraj Vysočina měl vytipovaný jiný zařízení, který na tom byly hůř než Jinošov, takže ten pád stropu vlastně urychlil to, že nás tam zařadili, ...”*), pro její realizaci je však podstatná **jasná vize a vedení** poskytovatele (*Anonym, 39: „Takže jsme pak, stejně vlastně jsme si za tím šli a jestli prostě někdo chce, nechce, myslím teďka pracovníky, prostě jsme měli jasnou vizi a věděli jsme, že to tak, že tudy chceme jít, že ta cesta tudy je nastavená a že chceme opravdu, aby ti lidi žili co nejbliž podmínkám podobnejm jako máme my.“*), s čímž souvisí také **plánování** celého procesu, které zahrnuje uvažování o finančním zajištění, jednotlivých krocích procesu a organizace poskytování služby. Dalším podpurným iniciátorem vzniku chráněného bydlení je ještě možnost **využití**

**externí finanční podpory** (Anonym, 39: „A pak vlastně se nastartoval ten projekt IOP a ten vlastně nějakým způsobem probíhal a my jsme se do něj přihlásili, respektive, bývalá paní ředitelka a šli jsme do toho,...“; Vyšší Hrádek, 44: „...že my taky jsme vlastně jako začínali s tím, že jsme měli první dotaci z regionálně operačního programu, kde jsme získali nějakých 20 milionů na rekonstrukci, nákup a vybavení těch objektů, kam se ty lidi potom přesunuli.“).

Od původního rozhodnutí poskytovatele zřídít a poskytovat chráněné bydlení až k úspěšnému poskytování této služby je však ještě dlouhá cesta, jejíž úspěch lze ovlivnit různými způsoby. Při popisu těchto způsobů, definici kategorií a vztahů mezi nimi rozčlením pro větší přehlednost proces do následujících tří fází: příprava (1), výběr a zapojení uživatelů (2) a úspěšné poskytování služby uživateli (3).

### **Příprava na poskytování služby chráněné bydlení**

Přípravy na vznik a poskytování chráněného bydlení navazují na iniciaci celého procesu a jsou nezbytnou fází k dosažení úspěšného poskytování služby. Z rozhovorů vyplynulo, že přípravy se týkají **motivace zúčastněných subjektů, zajištění provozu služby a vzdělávání**.

Motivace je zásadním prvkem příprav a její míra ovlivňuje úspěch zajištění provozu služby – personální pokrytí chráněného bydlení (motivace pracovníků), naplnění služby uživateli (motivace uživatelů) a zajištění místa pro chráněné bydlení (motivace veřejnosti). Obecně motivaci všech zmíněných skupin pozitivně podmiňuje **předávání informací** (Pracovníkům: Anonym, 397: „Na jednotlivých poradách, vždycky to je tak, že si řekneme, jak to vlastně bude, co se chystá, jak to v tom chráněnce bude probíhat, jaké máme plány, na co všechno by se chtěli zeptat pracovníci, takže pak to bylo, co by oni chtěli k tomu vědět a vždycky jsme si řekli co bude a jak to bude probíhat a nemám pocit, že by to pak naráželo na nějaký velký trable, akorát ze začátku, kdy nevěděli, co to obnáší...“), **přímá komunikace** (Vyšší Hrádek, 268: „...„jak ty lidi připravit na ten přechod, jak s nimi pracovat, jak s těmi uživateli, tak s těmi pracovníky, vysvětlovat jim to, proč to tak je.“), **praktická zkušenost** (uživatelé: Vyšší Hrádek, 342: „Tak ono si myslím, že funguje nejlépe, to když ten člověk z té domácnosti, když už v ní žije a je to člověk na tom detaši či na chráněném bydlení přijde a řekne: "Co, mám se skvěle, můžu si dělat tohle, tohle, tohle. Nejlepší je, když to můžou slyšet od jiného člověka, kterej tu službu využívá takhle

v domácnosti...“/pracovníka: Anonym, 37: „...ale já zase z vlastní zkušenosti jsem věděla, že to fungovat může, protože jsem si tím prošla a já zas mám takovej pocit, že prostě, když si to člověk nezkusí, tak na to prostě nepřijde...“) a **odhalení případných obav** (Anonym, 34: „...ale ti pracovníci tomu nevěřili, že by to mohlo fungovat, báli se toho a nechtěli prostě do toho někteří jít.“). Zprostředkování praktické zkušenosti je však nejsilnějším činitelem a přirozeně eliminuje případné obavy (Domov bez zámku, 335: „...já jsem jim nabídla, že pro ně pošlu služební auto, odvezu je do podobný obce, kde máme 8 klientů v domě, ale co jsem byla překvapená, tak se ozvala ta maminka, "ale vždyť naši Haničku taky znáte", "No jo, ale to je Hanička, tadyty neznáme", takže to jsme provedli, byli se podívat, byli spokojení.“).

Nejprve je třeba začít s motivací samotných pracovníků, jelikož motivování pracovníci motivují uživatele a naopak. Motivace veřejnosti je dlouhodobější proces a platí, že čím déle je pěstována, tím lépe (Domov bez zámku, 309: „Ale co je důležitý, články do Náměšťského zpravodaje, každé měsíc od roku 2008 tam máme články, ...“).

Zajištění provozu služby spočívá v získání vhodného místa pro chráněné bydlení (motivace veřejnosti a využití externích finančních zdrojů). Získat prostor je pro poskytovatele problematické a v některých případech to brzdí zvýšení kapacity chráněného bydlení, zvláště v případě uživatelů s fyzickým postižením (Kociánka, 30: „Problém, který je, je s byty. Město, magistrát nám vyšel vstříc, byla zrekonstruována bytovka, která prostě se přetvořila v sociální byty a magistrát nám nabídl dva z těchto bytů, za což jsme byli velice vděční, protože opravdu sehnat byty je problém, je problém pro zdravé lidi natož pro lidi prostě s tělesným hendikepem.“). Dále v zajištění kvalitního personálního pokrytí a naplnění služby uživateli, kteří budou využívat jejích možností (motivace).

Vzdělávání může být teoretické nebo praktické a platí, že čím je vzdělávání praktičtější, tím větší má dopad, jelikož umožní účastníkovi praktickou zkušenost, která se projevila jako významná pro motivaci. Aby mělo teoretické vzdělávání (metodické materiály) dopad na praxi je třeba, aby bylo jednoduché, cílené a využitelné (viz podrobněji kapitola 11. Zodpovězení výzkumných otázek).

## Výběr a zapojení uživatelů do chráněného bydlení

Výběr a zapojení uživatelů do chráněného bydlení probíhá vždy na základě hodnocení. Toto hodnocení je **objektivní** (druh postižení, míra potřebné podpory) či **subjektivní** (motivace, preference uživatele) a na jeho základě je rozhodováno, kteří uživatelé budou do služby **zapojeni nejdříve**, jak budou **rozděleni do domácností** a jak bude organizována podpora, kterou potřebují.

Teoreticky by měli být nejdříve přesunuti uživatelé s potřebou největší míry podpory, aby nedošlo k jejich setrvání v DOZP (*Domov bez zámku, 117: „Takže začít s těma, co to nejvíc potřebujou, protože ty jsou v těch zařízeních nejvíc opečováváni a taky se může stát, že ztransformujete ty s tou lehkou mírou podpory a na ty ostatní se nedostane a zůstanou v tom zařízení pak až do konce života...“*). V praxi však všichni dotazovaní poskytovatelé nejprve přesunuli uživatele s potřebou nízké míry podpory (*Domov bez zámku, 81: „My jsme se stěhovali tak vlastně, že prvně šlo 40 s malou mírou podpory do Náměště...“*). Sami poskytovatelé udávají, že je to **nedostatkem zkušeností** s poskytováním a organizací služby (*Anonym, 269: Protože ze začátku jsme nevěděli, co to bude obnášet a chtěli jsme si to nějakým způsobem ošahat a taky abysme měli, mohli monitorovat.“/ Kociánka, 225: „Ale opravdu bysme ze začátku vybírali opět uživatele, kteří potřebují menší míru podpory. Jo, ale je to z toho důvodu, že v tom opravdu zatím neumíme chodit.“*) a **jednodušším organizačním zajištěním** (*Kociánka, 227: „Nevíme, co... Nebo takhle ta služba by pro nás byla a pro toho uživatele taky strašně drahá.“*).

Rozdělení uživatelů do domácností probíhá dle míry potřebné podpory, místa chráněného bydlení a vztahů s ostatními uživateli. Pokud to umožní kapacita chráněného bydlení (více než jedna domácnost), volí poskytovatelé umístění uživatelů s podobnou mírou potřebné podpory do jedné domácnosti (*Domov bez zámku, 54: „Takže my říkáme, že klienti jsou ve skupinkách podle míry podpory, kterou potřebují, a potom určíte, jestli to je chráněný bydlení s celodenní podporou, s částečnou podporou, protože někde máme v noci jenom pohotovost, někde ty pracovnice jsou.“*).

## Poskytování služby

Pro úspěšné poskytování služby je třeba zajistit provoz a organizaci poskytování služby a naplnění jejího cíle, tedy sociálního začlenění uživatelů.

Z hlediska provozu a organizace narážejí poskytovatelé na problém **financování** – aby služba pokryla potřeby uživatele (poskytla potřebnou míru podpory), ale zároveň ji byl poskytovatel schopen zajistit z hlediska **pokrytí nákladů**. Nejvíce zatěžující jsou pro poskytovatele personální náklady, je proto nutná jejich maximální eliminace. Pro dosažení tohoto bodu využívají poskytovatelé následující strategie:

- **Maximální využití pracovní síly zaměstnance** – rozdělení směn a snížení úvazku (*Domov bez zámku, 507: „...je to o snížených úvazkách, o struktuře zaměstnanců, o to, aby tam byli, když je klienti potřebují. Jestliže klient s vysokou mírou podpory, od 1 do 3 leží na pokoji, tak nepotřebuju, aby tam byla zdravotní sestra, aby tam motala fáče. Na to je pro mě drahá. A do toho se musí do těch rozdělených směn...“*).
- **Výkon běžných činností uživatelem** (*Anonym, 281: „všichni začali vařit a zjistili, že to je prostě fajn, že oni se zapojej a těšej se potom na to jídlo a spadá tam vlastně to nakupování i to vymejšlení, žejo těch jídel a co byste si dali a tak. A navíc má to obrovský plus, že oni ušetřej strašně moc peněz.“*)
- **Snížení míry poskytované podpory** (*Vyšší Hrádek, 94: „...ve fázi, kdy tam ten asistent třeba už dva dny v týdnu není. Že se takhle postupně snižuje...“*)
- **Zapojení uživatele či rodiny do financování a využití dalších sociálních služeb** (*Slunečnice, 228: „Tak buď to dělali klienti, že se střídali, že si jeden z nich objednal jako terénní službu od osobní asistence.“*)

Pro dosažení sociálního začlenění uživatelů nestačí pouhé přemístění uživatele do chráněného bydlení (*Kociánka, 403: „...získat byt je sice těžké, ale tím, že získám byt, člověka nezačlením.“*), ale je třeba, aby služba uživatele rozvíjela a aby měl uživatel možnost sociálního kontaktu a maximální možné svobody.

- **Rozvoj uživatelů, podpora samostatnosti a předání odpovědnosti uživatelům** (*Slunečnice, 314: „...takže když se dozvíme, o co šlo a byl tam zainteresovanéj nějaký náš klient a já nevím, třeba kouřil na chodbě, kde se kouřit nemá, tak chceme, aby si to vyřizoval s tím klientem. Zase vracíme tu odpovědnost tomu klientovi...“*)

- **Zapojení do zaměstnání** (*Kociánka, 55: „...takže on teďka podepsal smlouvu s firmou, která má květinářské obchody a půjde jim dělat internetové stránky. Takže to jsou takové ty úspěchy, které nás těší a na kterých vidíme, že opravdu tydelty lidi s hendikemem jde začlenit do normálního života.“*)

Úspěšné poskytování chráněného bydlení je výsledkem souladu výše zmíněných fází. Často jedna strategie naplňuje více přínosů (např.: výkon běžných činností uživatelem vede k rozvoji uživatele, ale také ke snížení nákladů na poskytování služby).

## 11. Zodpovězení výzkumných otázek

### Výzkumné otázky

#### **a. Jakou mají poskytovatelé sociálních služeb zkušenost s existujícími metodickými materiály, které se týkají procesu transformace sociálních služeb a chráněného bydlení?**

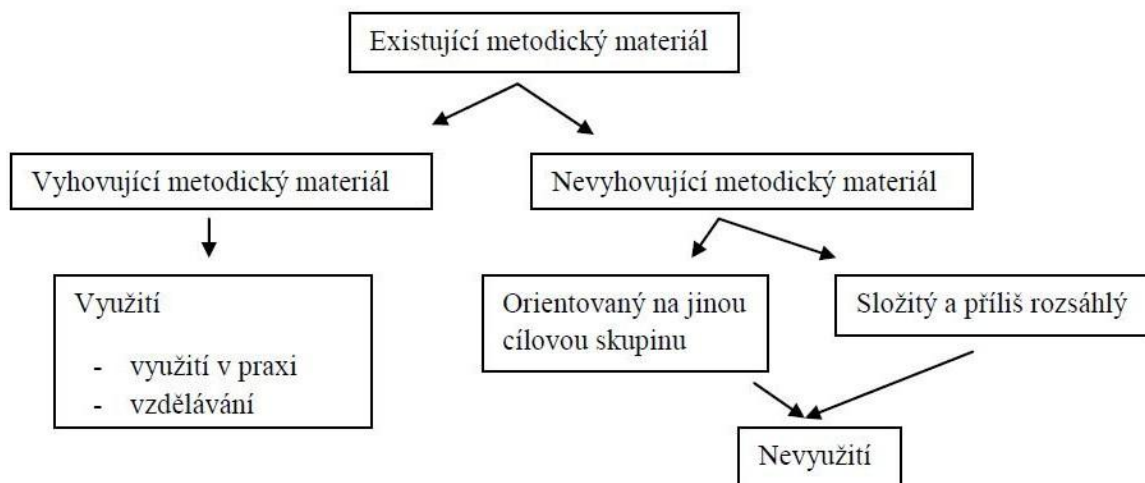
Dotazovaní poskytovatelé vytvořených metodických materiálů příliš nevyužívají, někteří stáli u jejich zrodu a teprve se podíleli na jejich vytvoření (a v době, kdy službu zaváděli, nebyly žádné k dispozici), další preferují a využívají metodické materiály vytvořené vlastní organizací a odvolávají se na specifika svých služeb.

Zmiňovanými důvody nevyužití metodických materiálů je jejich absence v době, kdy poskytovatelé službu zaváděli (*Domov bez zámku, 8: „Nebylo nic vytvořeno, takže žádný metodický materiály jsme nevyužívali...“*), jejich složitost a přílišný rozsah materiálu (*Anonym, 117: „Mě jakoby přišel zbytečně jako složitej, rozsáhlej...“*), orientace na jinou cílovou skupinu (*Anonym, 121: „...byly jsme na jednom školení a tam právě vyplňovali ty dotazníky lidi s tělesným hendikepem a vlastně byly ty dotazníky i pro lidi s mentálním hendikepem a tam to nešlo vůbec prostě jo...“*), nepřenositelnost zkušenosti, proměnlivost práce s lidmi (*Slunečnice, 30: „...bylo to fakt tak specifický, že jsme vycházeli z těch aktuálních potřeb klientů, že si myslím, že to, co bylo, to jsme přečetli, ale že by nám někdo řek, takhle to dělejte, takhle to je správně, tak to bysme asi nevyužili, protože pracujeme s pořád s lidma, to je materiál, kterej se mění, takže myslím, že se musí i měnit i tak ta služba.“*) či pocit dostatečné kvality vlastní praxe (*Vyšší hrádek, 191: „My jsme tak dobrý, že úplně metodický materiály nepotřebujeme, no.“*). Naopak kladné ohlasy byly vyjádřeny k účasti na stáži a získání vlastní praktické zkušenosti.

Existující metodické materiály, které poskytovatelé využívají, se týkají přímé praxe (*Anonym, 101: „takovýto mapování těch potřeb, v tomhle taky asi sem zajedno, že je dobrý mít nějak zmapovaný ty potřeby a vědět...“*) či jich využívají při vzdělávání ostatních pracovníků (*Kociánka, 358: „já to kopíruju zaměstnancům, aby vůbec se vžili do toho, co ten uživatel cítí, tam je to všechno krásně popsanej, jak by se k němu měli chovat, jak by si*

měli about ty jeho papuče, aby zjistili vlastně ty jeho potřeby, jsou tam i trendy v zahraničí...“).

Diagram č. 3 Metodické materiály



**Návrh na úpravu existujících metodických materiálů na základě těchto zjištění je:**

- Přizpůsobení jednotlivých materiálů konkrétním cílovým skupinám uživatelů.
- Metodické materiály by měly být pokud možno stručné a dobře využitelné v praxi.
- Efektivní distribuce materiálu k poskytovatelům a pracovníkům a motivace k jejich využívání.

**b. Ve kterých oblastech by poskytovatelé sociálních služeb ocenili další metodickou podporu?**

Dotazovaní by ocenili metodickou podporu v oblastech:

- **Organizace a model postupu podpory po zapojení uživatele do chráněného bydlení** – jak postupovat po zapojení uživatele do chráněného bydlení (*Anonym, 137: „...my jsme věděli, že chceme transformovat, že teda ty lidi půjdou do nějakých menších domácností, ale co v tý domácnosti, co tam budeme dělat, musí se tam naučit teda náák, že toho bylo najednou hrozně moc a teď jsme nevěděli, kam vlastně dřív šáhnout.*).



- **Přímá práce s uživatelem** – vedení domácnosti uživateli, vedení uživatelů k dodržování povinností, zvládání sociálních situací, práce s penězi uživatelů chráněného bydlení, sexuální problematika, asistence klientům s fyzickým postižením

Metodické materiály by měly být vždy určené pro konkrétní cílovou skupinu uživatelů a přizpůsobené jejím specifickým potřebám.

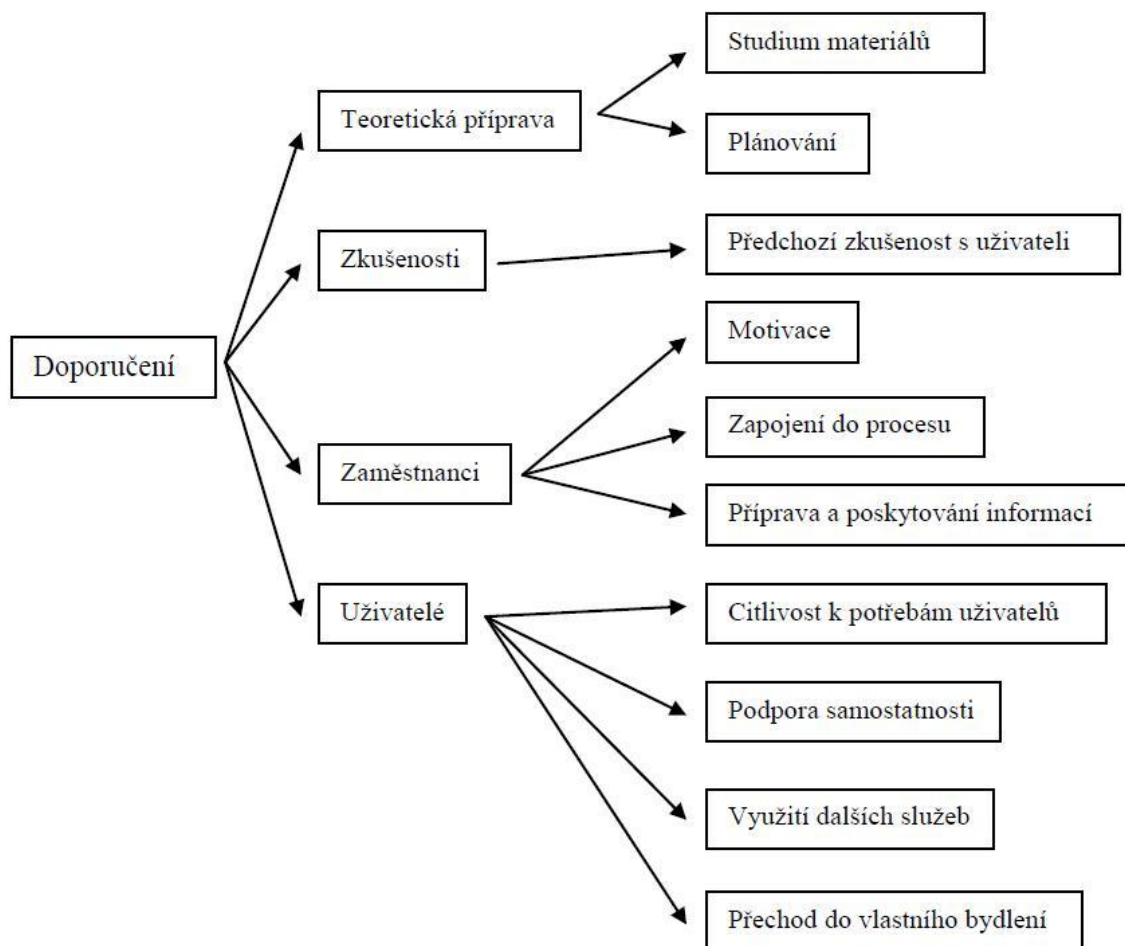
**c. Jaká jsou doporučení stávajících poskytovatelů chráněného bydlení pro zavedení „dobré praxe“, která ještě nejsou definována v existujících metodických materiálech?**

Doporučení poskytovatelů pro dosažení „dobré praxe“ v chráněném bydlení se vtahují k následujícím oblastem:

- **Teoretická příprava** – Poskytovatelé doporučují důkladnou předchozí přípravu, která spočívá ve studiu dostupných materiálů a v plánování celého procesu, včetně vývojových rozpočtů (*Slunečnice, 93: „bych jim určitě předala nějaký vývojový rozpočty a náklady, kolik čeho, kolik mají očekávat těch financí, do jaký oblasti...“*).
- **Zkušenosti** – Předchozí praktická zkušenost s cílovou skupinou uživatelů.
- **Zaměstnanci** – (*Domov bez zámku, 24: „...co důležitý je, tak získat pracovníky... K tomu, aby prostě chtěli se stěhovat, protože jenom motivovanéj pracovník může motivovat uživatele...“*) Úspěšné poskytování chráněného bydlení není možné bez kvalitních a motivovaných pracovníků. Poskytovatel tím, že již od prvních kroků vedoucích ke vzniku chráněného bydlení informuje pracovníky o následném postupu, zapojuje je do plánování a poskytne jim možnost diskuze, eliminuje obavy a podpoří jejich motivaci pro vznik a zapojení se do chráněného bydlení. (*Vyšší Hrádek, 264: „Protože ten pracovník je ten člověk, kterej Vám potom přináší ty informace, na základě kterých pak vznikaj ty metodický materiály, takže fakt nějaká hodně velká otevřená komunikace s pracovníky a dobrá příprava na tohleto s nima.“*)
- **Uživatelé** – Služba by měla naplňovat potřeby uživatele (*Slunečnice, 64: „Jo a aby si uvědomili, že je to pořád práce s lidmi a to znamená, že budou změny, bude se*

*tam pořád něco dít...“)* a podmiňovat jejich rozvoj směrem k větší samostatnosti, ideálně až k přechodu do vlastního bydlení s případným využitím jiných sociálních služeb.

Diagram č. 4: Doporučení



## Doplňující otázky

### d. Jaké jsou rozdíly mezi poskytováním chráněného bydlení pro osoby s mentálním (případně kombinovaným) postižením a fyzickým postižením?

Při hledání odpovědi na tuto otázku jsem neuvažovala míru postižení, ale spíš jsem se snažila zobecnit specifika každé ze zkoumaných cílových skupin ve vztahu k chráněnému bydlení. Z odpovědí respondentů vyplynulo následující:

Oblast	Fyzické postižení	Mentální postižení
<b>I. Zapojení do chráněného bydlení</b>	Pokud uživatel přechází z ústavu, je riziko zvyku uživatele na ústavní péči a obava z toho, že se o sebe nebude schopen postarat.	V případě zbavení právní způsobilosti nutnost spolupráce s opatrovníkem.
<b>II. Potřebná asistence</b>	Větší potřeba fyzické asistence, která může vést k přetížení asistentů. Možnost fyzické pomoci při provádění intimní hygieny – nevhodnost střídání asistentů či asistenta opačného pohlaví.	Asistence spíše slovní.
<b>III. Motivace</b>	Uvědomění si situace – větší motivace k přechodu do vlastního bydlení.	
<b>IV. Výkon běžných činností</b>	Některé činnosti uživatel nikdy (ani po nácviku) nezvládne provést – trvalé fyzické omezení.	Možnost nácviku běžných činností.
<b>V. Nároky na prostředí</b>	Bezbariérovost, kompenzační pomůcky.	

Doložení citacemi:

- I. *Domov bez zámku, 216: „...tam jeden pán na vozíku říkal: "podívejte se paní, copak já bych tam mohl si sám namazat chleba a něco dělat". To byl ten problém. Já říkám, ale vždyť máte ruce zdravý, proč byste si nemohli namazat chleba? " Ale tam mě všechno dají", že jo pod nos. “*
- II. *Vyšší Hrádek, 462: „Kdybych tam přijmula chlapa, zas přeci jenom je tam poskytování nějaký hygieny, ty ženy si řeknou, že nechtěj, aby tam na ně šahal cizí asistent. takže tam hodně řešíme fyzický zatížení asistentek. “*
- III. *Slunečnice, 350: „...rozdíl bude i v motivaci třeba a já znám lidi s tělesným postižením, kteří jsou fakt jako v tom chráněném bydlení, aby pak bydleli sami tak jsou jako hodně motivovaní, ... “*
- IV. *Slunečnice, 359 : „Že si myslím, že s člověkem s mentálním postižením se některý úkony jako natrénujou, ale člověk s fyzickým postižením je neudělá z důsledku svého pohybového...z pohybové nedostatečnosti. “*
- V. *Vyšší Hrádek, 465: „...záleží, jaký má vozík, jestli má nárok jednou za, dřív to bylo snad jednou za 4 roky a dneska přijde revizor, posoudí a řekne, ten by vám mohl fungovat a potom jezdit se starým vozíkem, kterej nemá ani brzdy, tak je to potom dost nepříjemný. “*

**e. Proč je méně poskytovatelů, kteří chráněné bydlení poskytují osobám s fyzickým postižením než poskytovatelů, jejichž cílovou skupinou jsou osoby s mentálním a kombinovaným postižením?**

Při analýze rozhovorů jsem identifikovala tři oblasti, které dle respondentů způsobují nedostatek služeb chráněného bydlení pro osoby s fyzickým postižením a to **vysoké náklady, nedostatečná poptávka a transformace sociálních služeb.**

**Zvýšení nákladů** je způsobeno vyšší potřebou osobní asistence, často i v nočních hodinách (*Kociánka, 169: Pokud je to člověk se zdravotním postižením, který potřebuje v noci polohovat, já si myslím, že je to prostě pro službu chráněného bydlení za asistenční pomoci prostě nezaplacitelné.*“), využíváním rehabilitačních služeb a dopravou na ně a nároky na bezbariérovost prostředí (*Slunečnice, 491: „...a pak samozřejmě ještě to místo*

*musí být bezbariérový, tak to je vlastně další náklad na tu bezbariérovost. My jsme převzali bezbariérový byt, ještě několik bytů, když jsme pomáhali klientům jejich vlastní byty získat, když odcházeli od nás ze služby do svého, tak vždycky se to přebírá jako bezbariérový byt, ale najdeme tam minimálně 10 věcí, který jsou nevyhovující, ...“).*

Osoby, které potřebují velkou míru asistence, jsou často upoutány v rodině či ústavu a mohou mít obavu, že v jiném případě nebude zajištěna potřebná péče o jejich osobu (*Kociánka, 159: Nevím, jestli jakoby ta poptávka si myslím, že prostě veřejně není taková, že opravdu jsou zakotveni v tédlech domovech pro osoby se zdravotním postižením, tak jak tady ten náš uživatel a jemu to plně vyhovuje.*) a vyjádřeno bylo také očekávání, že péče má být zajištěna rodinou (*Vyšší Hrádek, 422: „...dneska si myslím, že už je to tak, že to společnost asi vnímá, že by se o lidi se zdravotním postižením měla postarat nějakým způsobem rodina, což jako by tak opravdu možná mělo být.“*).

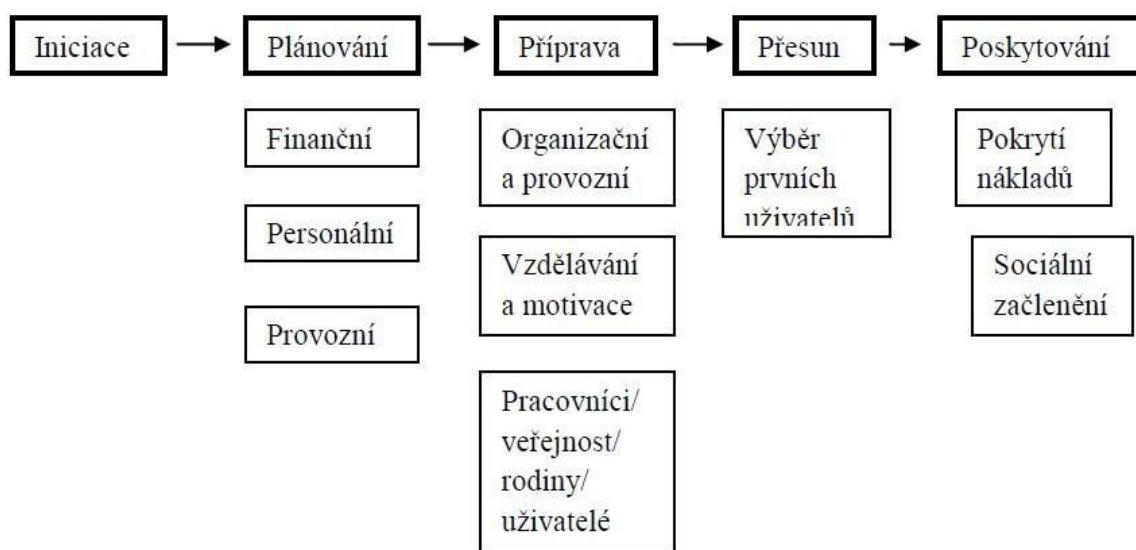
Mnoho ze služeb chráněné bydlení, které vznikly v posledních letech, byly založeny z prostředků projektu Podpora transformace sociálních služeb, do kterého byla převážně zapojena zařízení pro osoby s mentálním postižením a nově vzniklé služby jsou určeny právě těmto uživatelům (*Vyšší Hrádek, 415: „Já si myslím, že těch ústavů v Český republice je přeci jenom hodně a teď ten boom je, že ten zákon říká něco, tak se začali jakoby otvírat domácnosti a tam se stěhují ty lidi z ústavů, který prostě maj to postižení mentální...“*).

## 12. Hlavní zjištění a doporučení

V této kapitole se pokusím shrnout poznatky, které jsem získala v průběhu sběru a analýzy dat a považuji je za přínosné pro poskytování chráněného bydlení pro osoby s fyzickým postižením, některé z nich jsou však uplatnitelné pro poskytování chráněného bydlení obecně. Poznatky se týkají celého procesu – od rozhodnutí poskytovatele až po průběh poskytování služby a vzešly ze strategií poskytovatelů v řešení problémů či překážek, na které poskytovatelé narazili.

Jak již zmiňuji výše, na chráněné bydlení se v této práci dívám jako na proces, u kterého naplnění jeho jednotlivých fází může vést k úspěchu. Jednotlivé poznatky se však opět pokusím pro větší přehlednost rozdělit do tematických celků.

Obr. 6. Chráněné bydlení jako proces



Zdroj: Vlastní tvorba

### Problémové oblasti a možné strategie jejich zvládnání

#### *Finance*

Všichni poskytovatelé narážejí na problém s pokrytím nákladů tak, aby zároveň naplnili potřeby uživatelů. Obecně platí, že čím větší míru podpory uživatel potřebuje, tím vzrůstají náklady na zajištění, pro něj nezbytných, činností. Vysoké náklady jsou také

důvodem, proč je málo možností zapojení se do chráněného bydlení pro osoby s potřebou velké míry podpory. Pro uživatele s fyzickým postižením, které je omezuje natolik, že nejsou schopni samostatně zajistit péči o vlastní osobu, jsou možnosti využití komunitních pobytových služeb a plného sociálního začlenění opravdu omezené. Jaké jsou tedy možnosti snížení nákladů, které vyplynuly z rozhovorů respondenty, popíší níže:

- **Využití kapacity pracovníka:** Pracovník je v domácnosti pouze po dobu, kdy je to pro uživatele potřeba, v časových prodlevách z domácnosti odchází. Např. pokud si jde uživatel každý den na dvě hodiny ve stejný čas odpočinout, nemusí pracovník v té době setrávat v domácnosti (v případě, že nehrozí zdravotní rizika). Možným organizačním řešením jsou rozdělené směny (pracovník přichází např. ráno a večer), zkrácené úvazky či pohyb pracovníka mezi více domácnostmi.
- **Poskytování chráněného bydlení ve více domácnostech:** Pokud je více domácností chráněného bydlení, je možný pohyb zaměstnance mezi domácnostmi s uživateli s různou mírou potřebné pomoci. Také pokud poskytovatel čerpá dotace na službu jako celek, ušetří v domácnosti s uživateli s nízkou mírou podpory a může financí využít pro podporu uživatelů, kteří ji nezbytně potřebují.
- **Snížení potřebné míry podpory:** Trénink výkonu běžných aktivit a využívání získaných schopností a dovedností, přenos odpovědnosti na uživatele, bezbariérová úprava a vhodné kompenzační pomůcky mohou snížit míru potřebné podpory a tím i personální náklady.
- **Využití dalších sociálních služeb:** Nejčastěji bývá využívána osobní asistence a denní stacionáře - tyto služby poté nehradí poskytovatel chráněného bydlení.

### ***Motivace a vzdělávání***

Motivace a vzdělávání by měly být započaty ve fázi příprav a pokračovat dále i v průběhu poskytování chráněného bydlení a týkají se pracovníků, veřejnosti, rodin či opatrovníků a uživatelů. Zajímavé je, že pro práci se všemi těmito skupinami udávají poskytovatelé jako funkční stejné principy jednání popsané níže. Dosažení úspěchu v této oblasti ovlivní celý proces poskytování chráněného bydlení.

- **Průběžné poskytování informací, zapojení do procesu:** Sdílení informací, seznámení s plánovaným postupem a vyslechnutí druhé strany.
- **Odhalení obav a práce s nimi:** Za odporem ke vzniku chráněného bydlení stojí mnohdy pouze obavy. Pokud tyto obavy poskytovatel odhalí, může s nimi pracovat a vyvíjet řešení k jejich eliminaci.
- **Zprostředkování vlastní praktické zkušenosti:** Nejúčinnější v oblasti vzdělávání a motivace je zprostředkovat praktickou zkušenost s danou oblastí. Návštěva již fungujícího chráněného bydlení, kontakt s uživateli, demonstrace výsledků chráněného bydlení působí velmi silně.

Cílem těchto aktivit je přenesení smyslu chráněného bydlení a ujištění o možnosti fungování této služby tak, že má pozitivní dopad na uživatele, pracovníky (lepší pracovní podmínky, možnost sledování rozvoje uživatelů) a nezatěžuje veřejnost. Nejlépe je začít nejdříve u zaměstnanců, neboť ti ovlivňují zbylé skupiny osob.

### ***Místo pro chráněné bydlení***

V případě uživatelů s fyzickým postižením musí být byt a jeho okolí bezbariérové, včetně možnosti bezbariérové dopravy. Zároveň však musí být domácnost cenově dostupná. Kromě těchto faktických požadavků by měla být domácnost přijímána okolím (což není podmínkou při využití soukromých pozemků a objektů, kde však bývá vyšší cena).

Nalezení vhodného místa pro poskytování chráněného bydlení je častým problémem poskytovatelů a to buď z důvodu absence vyhovujících bytů či odmítnutí veřejností (při využití obecního pozemku pro stavbu).

Nejvýraznějším faktorem, který pozitivně ovlivňuje získání vhodného místa je právě motivace a práce s veřejností.

### ***Poskytování služby***

Služba chráněného bydlení má vést k sociálnímu začlenění. Pro jeho maximalizaci je nutný rozvoj schopností a dovedností uživatele a jejich následné využívání tak, aby došlo k maximálnímu možnému snížení poskytované podpory, nalezení zaměstnání či, ideálně, přechodu do vlastního bydlení. Pro dosažení těchto výsledků využívají poskytovatelé:



- **Vedení k dodržování povinností:** Každý uživatel má povinnosti, které by měl v rámci využívání služby dodržovat. Uživatelé musí být vedeni k dodržování těchto povinností a uvědoměni si, že k životu nepatří jen vlastní práva, ale také povinnosti a odpovědnost za své jednání.
- **Vedení k samostatnosti:** Nedílnou součástí běžného provozu služby by měl být nácvik výkonu běžných činností a postupné vedení k jejich samostatnému výkonu. V případě nemožnosti činnost zvládnout pak minimalizovat fyzické bariéry a to jak bariéry prostředí, tak omezení jedince (kompenzace ztracené funkce). Jako reakce na zvýšení schopnosti je okamžitá úprava poskytované podpory, případně snížení její míry.
- **Zvládání sociálních interakcí:** Sociální interakce, které vznikají v rámci chráněného bydlení, jsou odlišné od těch, se kterými se uživatel setkává v ústavním zařízení.
- **Nalezení praktických aktivit** – Návazností na výše zmíněné body je praktické využití veškerých schopností a dovedností uživatele, což reálně podpoří jeho sociální participaci a svobodu. Těmito aktivitami může být péče o domácnost, zaměstnání, využití rozvojových ambulantních služeb, navázání nových sociálních kontaktů a další.

### 13. Diskuze

V diplomové práci jsem narazila na několik, pro mne překvapivých či protichůdných, záležitostí. V této kapitole je představím a pokusím se na ně pohledět z více úhlů.

První překvapivé tvrzení, které mne provázelo všemi rozhovory, se týkalo využití metodických materiálů. Žádný z poskytovatelů jim nepřikládal takový význam a nevyužíval je v takovém rozsahu, v jakém jsem očekávala. Někteří z nich udávali jako důvod jejich absenci v době, kdy službu chráněné bydlení zaváděli. Jiní využívali jen jeden či dva z nich, další odmítali jejich potřebnost pro svou službu a některým se zdály nevyužitelné.

Osobně však po studiu existujících metodických materiálů, zastávám názor, že jsou zpracované velmi kvalitně a mohou poskytovatelům výrazně pomoci při zavádění služby. Jaký je tedy důvod jejich nevyužívání v praxi? Možná je to opravdu dáno nedávným vznikem většiny z nich, tudíž je opravdu dotazování poskytovatelé neměli možnost využít a o pár let později bych se dopracovala k jinému výsledku.

Byť však považuji existující metodické materiály za kvalitní a využitelné, cítím, že zastávají pouze část ze vzdělávání a přípravy poskytovatelů i pracovníků. Další podstatnou částí je osobní zkušenost, která kromě efektivního vzdělávání podporuje také motivaci zúčastněných.

Rozpor, na který jsem narazila, se týká prvního přesunu uživatelů z Domova pro osoby se zdravotním postižením. Teoreticky dle tvrzení respondentů (např.: *Domov bez zámku, 117: „Takže začít s téma, co to nejvíc potřebujou, protože ty jsou v těch zařízeních nejvíc opečováváni a taky se může stát, že ztransformujete ty s tou lehkou mírou podpory a na ty ostatní se nedostane a zůstanou v tom zařízení pak až do konce života...“*) i odborníků (Mulheit, Brown. 2007) by měli být nejdříve přesunuti uživatelé s potřebou nejvyšší míry podpory, v opačném případě hrozí riziko setrvání těchto uživatelů v ústavním zařízení. V praxi však žádný z poskytovatelů tento postup nedodržel. Naopak všichni poskytovatelé přesunuli nejprve uživatele s potřebou nízké míry podpory.

Také se prokázalo, že z hlediska organizace, rozložení nákladů a rozdělení uživatelů dle potřebné míry podpory je lépe poskytovat chráněné bydlení ve více

domácnostech, což se však novým poskytovatelům chráněného bydlení může zdát obtížné nastavit již od začátku poskytování služby z důvodu nedostatku zkušeností a např. i z nejistého pokrytí nákladů a zajištění organizace.

Toto jsou jediné nejasné oblasti, na které jsem v průběhu svého výzkumu narazila. Ostatní zjištění se zdají být zřejmá a aplikovatelná v běžné praxi.

## 14. Závěr

V České republice probíhají velké změny v oblasti poskytování sociálních služeb zdravotně postiženým občanům, které mají vést ke zvýšení kvality života těchto osob. Tyto změny probíhaly v severských zemích, USA, Kanadě a Velké Británii již před několika lety a jejich důsledkem došlo k výraznému omezení institucionální péče a přechodu ke komunitním službám. Česká republika je však teprve na počátku tohoto procesu. Pozitivní však je, že již nyní vznikají nové komunitní služby (jednou z nich je právě chráněné bydlení), přesouvají se do nich uživatelé a hodnocení poskytovatelů i uživatelů této změny je kladné.

Stále však je nedostatek možnosti zapojit se do chráněného bydlení pro osoby s fyzickým postižením. Oproti nabídce pro osoby s mentálním, případně kombinovaným postižením, je nabídka pro osoby s postižením tělesným mnohonásobně nižší.

Stanoveným cílem práce bylo prozkoumat využití metodických materiálů ve vztahu k poskytování chráněného bydlení a navrhnout jejich případné úpravy, definovat oblasti, ve kterých by poskytovatelé ocenili další metodickou podporu a formulovat konkrétní doporučení pro dosažení dobré praxe.

Zjištění ohledně metodických materiálů prokázalo, oproti očekávání, menší vliv na poskytování služby. Možné důvody jsou diskutovány v předešlé kapitole. Pozitivní vliv na jejich využitelnost by mohlo mít přizpůsobení konkrétní cílové skupině, jejich zjednodušení a využitelnost pro praxi a jejich distribuce k poskytovatelům.

Poskytovatelé však definovali oblasti, ve kterých by metodickou podporu ocenili, což se týkalo oblastí - organizace a model postupu podpory po zapojení uživatele do chráněného bydlení a přímá práce s uživatelem v chráněném bydlení.

Zjištění, které považují za nejpřínosnější, se týká doporučení, která vedou k dosažení dobré praxe a odvíjí se od aktuálních potíží, se kterými se poskytovatelé potýkají. Jedná se tedy o doporučení, která vedou k pokrytí nákladů na poskytování služby, motivaci a vzdělávání pracovníků, rodin, veřejnosti a uživatelů a provozních záležitostí poskytování služby.

Jedním z podstatných důvodů nedostatku chráněného bydlení pro osoby s fyzickým postižením je právě obtížné pokrytí nákladů služby (fyzicky a časově náročná asistence, bezbariérovost) a současné zajištění potřeb uživatele. Právě v tomto případě je maximální eliminace nákladů nezbytná.

Obecně však poskytovatelé hodnotili službu chráněného bydlení kladně a to jak z pohledu uživatelů (a velkého rozvoje, který jim chráněné bydlení přineslo), tak i pracovníků, kteří jsou s náplní práce i jejími výsledky v chráněném bydlení spokojeni. Doufám tedy, že budou další chráněná bydlení vznikat a v návaznosti na rostoucí zkušenosti poskytovatelů se podaří zapojit i osoby s fyzickým postižením a potřebou velké míry podpory.

## 15. Zdroje

1. Archa, Slezská Diakonie. Archa Nový Jičín, Chráněné bydlení [online]. [cit. 15. 4. 2013]. Dostupné z : <<http://www.slezskadiakonie.cz/potrebuji-sluzbu/archa-novy-jicin-chranene-bydleni>>.
2. Anonym, poskytovatel sociálních služeb. 2010. *Provozní metodika služby chráněné bydlení* [online]. [cit. 13. 11. 2012]. Dostupné z : <[http://www.mpsv.cz/files/clanky/10183/Provozni\\_metodika\\_sluzby\\_chranene\\_bydleni-Anonym.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/10183/Provozni_metodika_sluzby_chranene_bydleni-Anonym.pdf)>.
3. Cangár, Miroslav. 2013. „Deinštitucionalizácia a transformácia sociálnych služeb v Slovenskej republike“. In Národní centrum podpory transformace sociálních služeb. Praha.
4. Čermáková, Kristýna, Markéta K. Holečková et al. 2008. Standardy kvality sociálních služeb, Výkladový sborník pro poskytovatele. 1. vydání. Praha: TIGIS PRINT spol. s. r. o.
5. Český statistický úřad. 2008. Výsledky výběrového šetření zdravotně postižených osob za rok 2007. [online]. [cit. 21. 6. 2013]. Dostupné z : <<http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/p/3309-08>>.
6. Domov sociálních služeb Slatiňany. 2010. Provozní metodika – domky [online]. [cit. 15. 4. 2013]. Dostupné z : <[http://www.mpsv.cz/files/clanky/9962/Provozni\\_metodika\\_DSS\\_Slatinany.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/9962/Provozni_metodika_DSS_Slatinany.pdf)>.
7. Chráněné bydlení Focus, Mladá Boleslav. Operační manuál. [online]. [cit. 16. 4. 2013]. Dostupné z : <<http://www.fokus-mb.cz/vnitri/OM/CHB.pdf>>.
8. FISHER, Anne G. 2009. Occupational therapy intervention process model: a model for planning and implementing top-down, client-centered, and occupation-based interventions, Three star press, 188 s.
9. Frontline. 2005. Deinstitutionalization: A Psychiatric „Titanic“ [online]. [cit. 27. 4. 2013]. Dostupné z :

- <<http://www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/shows/asylums/special/excerpt.html#reta8>>.
10. Ginu, Dominika. 2013. „Deinstitucionalizace – zkušenosti společnosti Lumos v Moldavsku“. In Národní centrum podpory transformace sociálních služeb. Praha.
  11. Grunewald, Karl. 2003. Zavřete ústavy pro mentálně postižené. In Kvalita v praxi [online]. [cit. 21. 4. 2013]. Dostupné z : <<http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/001/000182.pdf>>.
  12. Hamlin, Alexandra; Oakes, Peter. 2008. “Reflections on Deinstitutionalization in the United Kingdom” . Journal of Policy & Practice in Intellectual Disabilities. Mar2008, Vol. 5 Issue 1, p47-55. 9p.
  13. Johnová, Milena, Kristýna Čermáková. 2002. Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí.
  14. Johnová, Milena. 2002. Standardy kvality sociálních služeb. První vydání. MPSV. Praha
  15. Johnová, Milena. 2008. Individuální plánování pro lidi se zdravotním postižením. In Kvalita v praxi [online]. [cit. 24. 4. 2013]. Dostupné z : <<http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/005/000636.pdf>>.
  16. Konola, Kirsi. 2013. „Zkušenosti s transformací sociálních služeb ve Finsku“. In Národní centrum podpory transformace sociálních služeb. Praha.
  17. Law, Mary et al. 2008. Kanadské hodnocení výkonu zaměstnání. 4. Vyd. Praha: Česká asociace ergoterapeutů
  18. Mach, Petr. Jana Brathová. 2012. Rizika procesu transformace a deinstitucionalizace a systém jejich řízení. In Národní centrum podpory transformace sociálních služeb [online]. [cit. 27. 4. 2013]. Dostupné z : <<http://www.trass.cz>>.
  19. Makovcová, Stanislava. 2011. Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením. [online]. [cit. 17. 4. 2013]. Dostupné z : <[http://www.mpsv.cz/files/clanky/10775/umluva\\_info\\_160511.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/10775/umluva_info_160511.pdf)>.

20. Martin, Lynn; Ashworth, Melody. 2010. Deinstitutionalization in Ontario, "Canada: Understanding Who Moved When". *Journal of Policy & Practice in Intellectual Disabilities*. Sep2010, Vol. 7 Issue 3, p167-176. 10p.
21. MPSV. 2007. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti*.
22. Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2010. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb*. [online]. [cit. 21. 4. 2013]. Dostupné z : <<http://www.mpsv.cz/cs/3857>>.
23. Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2010. *Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči*. [online]. Praha: MPSV [cit. 14. 4. 2013]. Dostupné z : <[http://www.mpsv.cz/files/clanky/9198/Analyza\\_fin\\_SS.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/9198/Analyza_fin_SS.pdf)>.
24. Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2010. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb* [online]. Praha: MPSV [cit. 24. 3. 2013]. Dostupné z : <<http://www.mpsv.cz/cs/3857>>.
25. *Kritéria transformace, humanizace a deinstitutionalizace vybraných služeb sociální péče*, Ministerstvo práce a sociálních věcí ve spolupráci s pracovní skupinou nulté fáze projektu „Podpora transformace sociálních služeb“ a s kraji, květen 2009, [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7059/Doporuceny\\_postup\\_3\\_2009.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7059/Doporuceny_postup_3_2009.pdf)
26. *Znaky a vodítka deinstitutionalizace (transformace ústavní péče v péči komunitní)*
27. MPSV. 2011. *Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením a opční protokol*. Praha: MPSV. Dostupné z : <[http://www.mpsv.cz/files/clanky/10774/umluva\\_CJ\\_rev.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/10774/umluva_CJ_rev.pdf)>.
28. Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2013. *Metodika Ministerstva práce a sociálních věcí ČR pro poskytování dotací ze státního rozpočtu poskytovatelům sociálních služeb a posouzení žádosti o dotaci ze státního rozpočtu v oblasti podpory poskytování sociálních služeb* [online]. Praha: MPSV [cit. 14. 4. 2013]. Dostupné z : <[http://www.mpsv.cz/files/clanky/13568/Metodika\\_021012.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/13568/Metodika_021012.pdf)>.



29. Mulheit, Georgette; Kevin Browne. 2007. Deinstitutionalizace a transformace služeb pro děti, Manuál dobré praxe. [online] University of Birmingham [cit. 12. 6. 2013]. Dostupné z : <<http://www.trass.cz/Download.aspx?param=T2lkOmk6NTMxMzw/JSQKDT5GaWxISWQ6aTo1MzE0PD8lJAoNPkNyYzpzOjE2OTg3OTAzNjAzNDM0NTA1MzI4MzViMzZlOWUyNzJkMWYzMWU3NTlhN2YyYmMyZDYzOGM8PyUkCg0%2bVHlwZTgzOkNvbnRlbnQ8PyUkCg0%2bTWV0aG9kOnM6SW5saW5lPD8lJAoNPg%3d%3d>>.
30. Národní centrum podpory transformace sociálních služeb. 2012. Analýza - průběh transformace ve vybraných zařízeních. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí
31. Národní centrum podpory transformace sociálních služeb. 2013 Kritéria komunitní sociální služby, pracovní verze.
32. Národní centrum podpory transformace sociálních služeb. 2013. Jak na to. Příklady dobré praxe v deinstitutionalizaci. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí
33. Národní centrum podpory transformace sociálních služeb. 2013. Posuzování míry nezbytné podpory uživatelů, Doporučený postup MPSV č. 1/2012, revize. [online]. [cit. 20. 4. 2013]. Dostupné z : <[http://www.trass.cz/TrassDefault.aspx?rid=39220&app=NavBar&grp=AtonPortlets&mod=Menu&sta=NavBarMenu&pst=NavBarLightMenu&p1=OID\\_INT\\_2328&p2=RoundPanel\\_BOOL\\_True&p3=ExpandAll\\_BOOL\\_True&p4=ShowRoundPanel\\_BOOL\\_True&acode=48633172](http://www.trass.cz/TrassDefault.aspx?rid=39220&app=NavBar&grp=AtonPortlets&mod=Menu&sta=NavBarMenu&pst=NavBarLightMenu&p1=OID_INT_2328&p2=RoundPanel_BOOL_True&p3=ExpandAll_BOOL_True&p4=ShowRoundPanel_BOOL_True&acode=48633172)>.
34. Národní centrum podpory transformace sociálních služeb. 2012. Průvodce komunikací s veřejností [online]. [cit. 21. 4. 2013]. Dostupné z : <[http://www.trass.cz/TrassDefault.aspx?rid=93535&app=Article&grp=Content&mod=ContentPortal&sta=ArticleDetail&pst=ArticleDetail&p1=OID\\_INT\\_5318&p2=ShowDocInfo\\_BOOL\\_True&p3=RoundPanel\\_BOOL\\_True&acode=150778792](http://www.trass.cz/TrassDefault.aspx?rid=93535&app=Article&grp=Content&mod=ContentPortal&sta=ArticleDetail&pst=ArticleDetail&p1=OID_INT_5318&p2=ShowDocInfo_BOOL_True&p3=RoundPanel_BOOL_True&acode=150778792)>.
35. Ladislav, Slováček; Birgita Slováčková; Ladislav Jebavý; Martin Blažek, Jaroslav Kačerovský. 2004. Návrh národního rozvojového plánu české republiky 2007 – 2013 kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. Katedra válečného vnitřního lékařství Vojenské lékařské akademie J. E.

- Purkyně, Hradec Králové 2II. interní klinika, oddělení klinické hematologie, Fakultní nemocnice, Hradec Králové 3Psychiatrická klinika, Fakultní nemocnice, Hradec Králové. Vojenské zdravotnické listy ročník LXXIII, 2004, č. 1. Str 6.
36. O'Brien, John. Connie Lyle O'Brien. 1991. More Than Just a New Address: Images of Organization for Supported Living Agencies. Perspectives on Community Building.
37. OSN. Mezinárodní právo, osoby s postižením [online]. [cit. 17. 4. 2013]. Dostupné z : < <http://www.osn.cz/mezinarodni-pravo/?kap=50>>.
38. Registr poskytovatelů sociálních služeb [online]. [cit. 6. 5. 2013]. Dostupné z : < <http://iregistr.mpsv.cz/>>.
39. Stroman, Duane (2003). The Disability Rights Movement: From Deinstitutionalization to Self-determination. Maryland: University Press of America.
40. Szentkatolnay, Miklós. 2013. „Zkušenosti s transformací sociálních služeb v Maďarsku“. In Národní centrum podpory transformace sociálních služeb. Praha.
41. Strauss, Almet; Juliet Corbinová. 1999. Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky metody zakotvené teorie. Česká republika: Albert
42. Švaříček, Roman; Klára Šedová a kol. 2007. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. 1. vydání. Praha: Portál.
43. Vyhláška 182/1991 Sb.
44. Vyhláška 505/2006 Sb.
45. Šestáková, Irena et al. 2012. Bydlení (nejen) pro lidi se zdravotním postižením. 1. vydání. MPSV:Praha.
46. Weinstein R. 1982. Goffman's Asylums and the Social Situation of Mental Patients". Orthomolecular psychiatry **11** (N 4): 267–274.
47. § 67 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů

## **Webové stránky**

[www.trass.cz](http://www.trass.cz), Národní centrum podpory transformace sociálních služeb

[www.domovbezzamku.cz](http://www.domovbezzamku.cz), Domov bez zámku [cit. 21. 5. 2013]

<http://www.cb.cz/diakonie/sun/>, Centrum Slunečnice [cit. 22. 5. 2013]

<http://www.usp-kocianka.cz>, Centrum Kociánka [cit. 22. 5. 2013]

<http://www.vyssihradek.cz>, Vyšší Hrádek, poskytovatel sociálních služeb [cit. 24. 5. 2013]

## **16. Přílohy**

### **Seznam příloh**

Příloha č. 1: Projekt diplomové práce

Příloha č. 2: Diagram č. 1 Axiální kódování

Příloha č. 3: Diagram č. 2. Selektivní kódování

## **Projekt diplomové práce**

Chráněné bydlení pro osoby s fyzickým postižením

**Bc. Olga Košťálková**

**Osobní číslo: 8307 1856**

**Imatrikulační ročník: 2011**

### **Formulace problému**

Služba chráněného bydlení poskytuje osobám se zdravotním postižením možnost zapojit se do běžného života. Služby tohoto typu jsou zásadní pro naplnění kvality života těchto osob, zároveň mohou pomoci neustále zlepšovat stávající schopnosti a dovednosti klientů, tak aby se stali maximálně nezávislími na pomoci okolí.

Chráněné bydlení je jednou ze služeb, které by měly nahradit do této doby klasickou ústavní péči. Vznik nových míst chráněného bydlení je tedy aktuální a v souladu s požadavkem na deinstitucionalizaci péče. Chráněné bydlení není však jen pro klienty ústavních zařízení, ale i pro ty osoby se ZP, které žijí s rodinou a touží se osamostatnit a postavit na vlastní nohy. I když se soužití s vlastní rodinou může zdát jako ideální situace, zvláště pro mladé osoby se získaným fyzickým postižením, tomu tak není.

Ve většině případů není v ústavní, ale ani v rodinné péči plně využíváno aktuálních schopností jedince a potenciální schopnosti nejsou plně podporovány. V těchto obou typech péče je klient odkázán na vůli rodiny či instituce a jeho potřeby, hospodaření a rozhodnutí jsou podřízena a přizpůsobována těmto subjektům. Pouze bez jejich - až moc silné - „ochrany“ a při maximálním převzetí vlastní odpovědnosti klienta je možná opravdová interakce s běžným životem, kterou vnímám jako nejvíce motivující faktor.

V současné době není dostatečná kapacita existujících služeb chráněného bydlení a klienti tak často zůstávají upoutáni v ústavech či jejich rodinách. Navíc z existujících služeb není většina schopna přijímat klienty s těžším fyzickým postižením a zaměřují se spíše na lehčí fyzické, mentální či duševní omezení.

Během své práce s klienty s fyzickým postižením jsem se často setkala s požadavkem klientů s těžší formou postižení na chráněné bydlení, bohužel se však žádnému z nich nepodařilo místo nalézt. Rodiny těchto klientů byly často přetíženy a vyčerpané. Vzhledem k velké náročnosti péče většinou jeden z rodičů přišel o zaměstnání a téměř celý příspěvek na péči klienta i invalidní důchod byl vyčerpán. Na asistenci, která by umožnila klientům jednat bez závislosti na rodinu, nezbývaly prostředky. Často také tito klienti využívají rozličných rehabilitačních a aktivizačních služeb, ale v nich získané schopnosti a dovednosti neaplikují v běžném životě – rodina ze zvyku či nedostatku času neposkytne klientovi příležitost schopnosti a dovednosti uplatnit a i sám klient není motivován k samostatnému výkonu činností.

Z těchto důvodů vnímám existenci chráněného bydlení uzpůsobeného osobám s fyzickým (i těžším) zdravotním postižením jako opodstatněnou. Také věřím, že může výrazným způsobem podpořit kvalitu života klienta i jeho rodiny.

### **Cíl diplomové práce**

Cílem diplomové práce je prozkoumat zkušenosti organizací se zapojováním osob s těžším fyzickým postižením do malých pobytových služeb. Na základě těchto zjištění poté zpracovat doporučení pro úspěšné zapojení těchto osob do chráněného. Při úspěchu by doporučení mohlo být poskytnuto organizacím, které pracují s klienty cílové skupiny a zabývají se problematikou zapojování těchto osob do chráněného bydlení a podobných služeb.

### **Metodologie**

Pro získávání informací pro diplomovou práci bude využíváno studium dokumentů (analýza současné nabídky chráněného bydlení – registr sociálních služeb, průzkum situace v zahraničí a zahraniční zkušenosti – např. metodiky).

Dále bude diplomová práce obsahovat kvalitativní výzkum mapující proces, způsob a možnosti zapojování osob s těžším fyzickým postižením do chráněného bydlení a

podobných pobytových služeb. Výzkum bude probíhat přímo v organizacích, které již s procesem transformace začaly a podařilo se jim zapojit i osoby s větší mírou potřebné asistence.

## **Předběžný návrh struktury práce**

1. Chráněné bydlení
  - 1.1. Co je to chráněné bydlení
  - 1.2. Proč právě chráněné bydlení?
  - 1.3. Zařazení služby chráněného bydlení
  - 1.4. Principy chráněného bydlení
  - 1.5. Pozitiva a negativa chráněného bydlení
  - 1.6. Možnosti financování chráněného bydlení
  - 1.7. Organizační struktury chráněného bydlení
  - 1.8. Pracovníci ve službě chráněné bydlení
2. Cílová skupina
  - 2.1. Popis cílové skupiny
  - 2.2. Specifika cílové skupiny
3. Problémové oblasti chráněného bydlení pro osoby s těžším fyzickým postižením
4. Přístup zaměřený na klienta
5. Individuální plánování
6. Možnosti rozvoje klientů chráněného bydlení
7. Situace v zahraničí

### Praktická část

8. Analýza nabídky chráněného bydlení
9. Proces a způsob zapojování osob cílové skupiny do chráněného bydlení
10. Metodika/souhrn doporučení pro zapojování osob cílové skupiny do chráněného bydlení
11. Diskuze

## 12. Závěr

### **,Harmonogram**

Termín	Úkol
Prosinec 2012/leden 2013	Odevzdání schváleného projektu diplomové práce a registrace tématu diplomové práce
Únor/Březen 2013	První verze teoretické části diplomové práce, příprava praktické části
Duben 2013	Sběr dat - výzkum
Květen 2012	Finální verze diplomové práce
Červen 2013	Odevzdání diplomové práce

### **Orientační seznam literatury**

Bellevue, poskytovatel sociálních služeb. *Provozní metodika služby chráněné bydlení* [online]. [cit. 13. 11. 2012]. Dostupné z : <[http://www.mpsv.cz/files/clanky/10183/Provozni\\_metodika\\_sluzby\\_chranene\\_bydleni-Bellevue.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/10183/Provozni_metodika_sluzby_chranene_bydleni-Bellevue.pdf)>.

Bicková, Lucie. 2011. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky.

Boyle, Fiona. 2012. *The role of sheltered housing in Northern Ireland and future issues*. [online]. Housing Exucutive. [cit. 26. 11. 2012]. Dostupné z : <[http://www.nihe.gov.uk/the\\_role\\_of\\_sheltered\\_housing\\_in\\_northern\\_ireland\\_and\\_future\\_issues\\_\\_published\\_september\\_2012\\_.pdf](http://www.nihe.gov.uk/the_role_of_sheltered_housing_in_northern_ireland_and_future_issues__published_september_2012_.pdf)>.

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

Focus Mladá Boleslav. *Operační manuál chráněné bydlení* [online]. [cit. 13. 11. 2012]. Dostupné z : <<http://www.fokus-mb.cz/vnitri/OM/CHB.pdf>>.

Kubátová, Helena. 2010. *Sociologie životního způsobu*. Praha: Grada Publishing a. s.



Kuzniková, Iva. 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing a. s.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2009. *Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče*. [online]. [cit. 13. 11. 2012]. Dostupné z : <[http://www.mpsv.cz/files/clanky/7059/Doporuceny\\_postup\\_3\\_2009.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7059/Doporuceny_postup_3_2009.pdf)>.

Mach, Petr. Brathová, Jana. 2012, *Rizika procesu transformace a deinstitucionalizace a systém jejich řízení* [online]. Národní centrum podpory transformace sociálních služeb [cit. 13. 11. 2012]. Dostupné z : <<http://trass.cz/Download.aspx?param=T2lkOmk6NTAxMjw/JSQKDT5GaWxlSWQ6aTo1MDEzPD8lJAoNPkNyYzpzOjM3NjYxMDc4MTUzOTkwNjk4MzI3MTEwNTQ1NmQyNjA1MTk3MjJmNTY1NDNmODA2Y2ExOTw/JSQKDT5UeXB1OnM6Q29udGVudDw/JSQKDT5NZXR0b2Q6czpJbmxpbmU8PyUkCg0%2B>>.

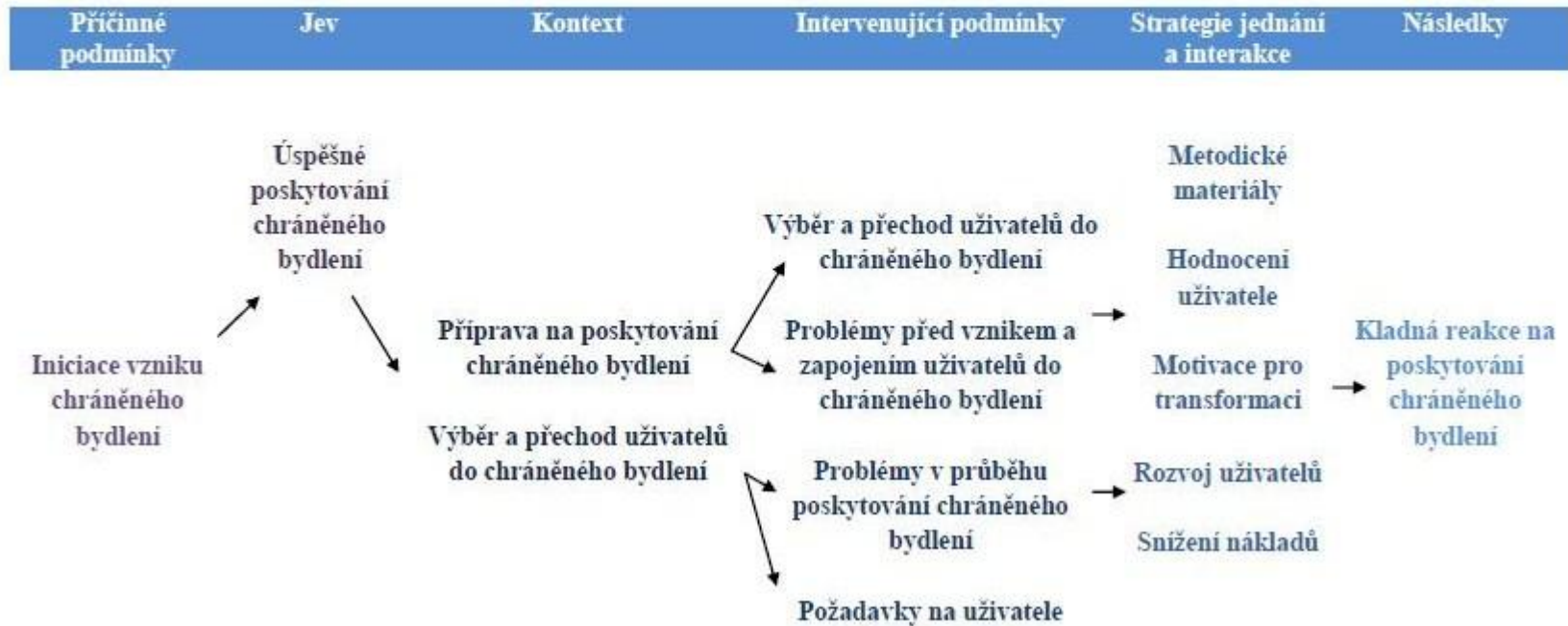
Molek, Jan. 2009. *Marketing sociálních služeb* [online]. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí [cit. 13. 11. 2012]. Dostupné z : <[http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz\\_290.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_290.pdf)>.

Pfeiffer, Jan. 2007. *Neurologie pro studium a praxi*. Praha: Grada Publishing a. s.

Reichel, Jiří. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing a. s.

Sumsion, Thelma. 1999. *Client – centered practise in Occupational therapy*. United Kingdom: Churchill Livingstone.

Axiální kódování



Příloha č. 3: Diagram č. 2. Selektivní kódování

