

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra sociální práce

**Transformace ÚSP na Chráněné bydlení
z pohledu pracovníku v sociálních službách**

Bakalářská práce

Autor práce: Dagmar Smejkalová Nowaková

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Novotná

Jihlava 2024



Vysoká škola
polytechnická
Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Dagmar Smejkalová Nowaková
Studijní program:	Zdravotně sociální péče
Obor:	Zdravotně sociální pracovník
Garant studijního oboru:	doc. PhDr. David Urban, Ph.D.
Název práce:	Transformace ústavu sociální péče pohledem pracovníků v sociálních službách
Vedoucí práce:	Mgr. Jitka Novotná
Cíl práce:	Cílem práce je zjistit, za pomoci kvalitativní metodologie, pohled přímých účastníků transformace na její dopady na uživatele služby. Zjistit, jak pracovníci vnímají přínosy i negativní stránky transformace.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá posouzením změn a jejich vlivu na životy uživatelů po přechodu z původního Ústavu do Chráněného bydlení z pohledu pracovníků v sociálních službách.

V teoretické části je vymezení základních pojmů jako je sociální služby, pracovník v sociálních službách, ústav sociální péče, chráněné bydlení, transformace, deinstitutionalizace, humanizace a princip normality.

Praktická část obsahuje kvalitativní výzkum, ve kterém je využito polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky v sociálních službách, kteří byli účastníky transformace, v minulosti pracovali v Ústavu sociální péče a současně po transformaci i následně v Chráněném bydlení.

Klíčová slova

Ústav sociální péče; chráněné bydlení; deinstitutionalizace; mentální postižení; transformace sociálních služeb; ústavní péče.

Abstract

This bachelor thesis deals with the consideration of the changes in the lives of the occupants of the social institutes based on them being moved to the protected housing. The goal of this bachelor thesis is to find out, what effect, from the view of the social workers, has had this transformation on the occupants.

In the theoretic part i defined the most basic expressions conected to the theme, for example "social worker", "social care", "transformation", "deinstitutionalization", „humanization“ and „the principle of normality“.

The practical part consist of high quality research, done with the use of semi-structured interviews with the social workers working in the direct contact with the occupants. These workers used to work in the institution and now they are working in the protected housing.

Keywords

Constitution of social care; protected housing; deinstitutionalisation; mental disability; transformation of social services; institutional care.

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „**AZ**“).

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědoma toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 19.04.2024

.....

Podpis studentky

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Jitce Novotné za pomoc při vedení mé bakalářské práce, zejména za její ochotu a poskytnutí užitečných rad a konzultací, které mně velmi pomohly. Současně děkuji své rodině za trpělivost a podporu po celou dobu psaní mé bakalářské práce.

Obsah

Seznam tabulek	8
Seznam zkratk	9
Úvod	10
1 Teoretická část – transformace ústavu sociální péče na chráněné bydlení	13
1.1. Vymezení pojmů	13
1.1.1 Sociální služby	13
1.1.2 Pracovník v sociálních službách	14
1.1.3 Pobytová sociální služba	14
1.2 Vývoj a aktuální trendy v oblastech pobytových sociálních služeb	17
1.2.1 Základní principy a východiska v rámci současného přístupu k soc. službám ...	18
1.2.2 Transformace pobytových sociálních služeb	22
2 Praktická část	27
2.1 Transformace vybraného Ústavu sociální péče na Chráněné bydlení	27
2.1.1 Historie zařízení	27
2.1.2 Rámec a důvody transformace	29
2.1.3 Průběh transformace	29
2.1.4 Výsledky transformace	30
2.2 Transformace vybraného Ústavu na Chráněné bydlení z pohledu pracovníků v soc. službách	32
2.2.1 Cíle a výzkumné otázky	32
2.2.2 Metodologie výzkumu	32
2.3 Analýza a interpretace získaných dat	36
2.3.1 DVO1: Jak PSS vnímají nové sociální služby po transformaci?	36
2.3.2 DVO2: Jak pracovníci vnímají osobní růst a dovednosti klientů po transformaci? ...	36
2.3.3 DVO3: Jak pracovníci vnímají práci s klienty po transformaci, došlo k jejímu usnadnění nebo naopak ke komplikacím?	40
2.3.4 DVO4: Jak pracovníci posuzují spokojenost a potřeby klientů a jejich příbuzných po transformaci?	40
2.4 Interpretace a diskuse všech dílčích otázek výzkumu	41

Závěr	44
Seznam použité literatury	45

Seznam tabulek

Tab. 1: Dotazování respondenti	34
--------------------------------------	----

Seznam zkratk

CHB – chráněné bydlení

PSS – pracovník v sociálních službách

ÚSP – Ústav sociální péče

DR – dotazovaný respondent

HVO – hlavní výzkumná otázka

DVO – dílčí výzkumná otázka

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

Úvod

Tato bakalářská práce se zabývá změnami, které přinesla transformace z původního vybraného ÚSP na Chráněné bydlení a jak tyto změny vnímají PSS.

ÚSP jako původní zařízení pro osoby se zdravotním postižením, které je charakteristické ústavní péčí, se přeměnilo v domov s výrazně menší kapacitou klientů – Chráněného bydlení. Zde mohou žít klienti v lepším přirozenějším prostředí, které více připomíná domov (nikoliv ústav).

V současné době pracuji v Chráněném bydlení, kde se v rámci své práce setkávám nejen s klienty Chráněného bydlení ale i s jeho pracovníky, kteří měli možnost působit nejen v současném typu bydlení, ale i v původním ÚSP. Samotná transformace konkrétního ÚSP mne velmi zaujala a proto se jejím tématem zabývám v této bakalářské práci.

Bakalářská práce obsahuje dvě části a to teoretickou a praktickou.

V teoretické části práce jsou řešeny obecné pojmy transformace, jsou zde vymezeny pojmy sociální služby, pracovník v sociálních službách, pobytové sociální služby, dále pak vývoj a aktuální trendy v oblastech sociálních služeb, kde jsou rozebírány např. pojmy deinstitucionalizace, humanizace a podobně.

Praktické část bakalářské práce je rozčleněna do čtyř částí.

V první teoretické části dochází k popisu transformace vybraného Ústavu na chráněné bydlení, a to od historie tohoto Ústavu, přes jeho transformaci až po výsledky transformace.

V druhé je pak formulována hlavní výzkumná otázka a následně dílčí výzkumné otázky. Je zde také rozebrána metodologie výzkumu (kvalitativní výzkum, polostrukturovaný rozhovor, výběr dotazovaných respondentů atd.), který byl v této práci použit.

V další části jsou pak uvedena data samotného výzkumu, kde jsou v jeho rámci použity a interpretovány rozhovory s pracovníky v sociálních službách, kteří byli přítomni samotné transformace a byli její součástí. Současně jsou zde zpracovávána data z provedeného výzkumu.

Poslední kapitola praktické části pak zahrnuje interpretaci výzkumu této práce.

Jedná se dle mého názoru o velmi aktuální téma, neboť některá zařízení jsou v ústavní péči a stojí před otázkou, zda-li budou procházet procesem transformace a nebo se k transformaci již rozhodla a tyto změny připravují.

Motivace

Téma mé bakalářské práce jsem si zvolila na základě té skutečnosti, že jsem pracovníkem v sociálních službách ve vybraném Chráněném bydlení. Dostala jsem příležitost pracovat s kolegyněmi, které se zúčastnily transformace z ÚSP na Chráněné bydlení, současně jsem měla možnost se osobně setkat s klienty, pro které byla transformace uskutečněna.

Protože mne moje práce baví, naplňuje mne a dává mi smysl, rozhodla jsem se i svoje vědomosti rozšiřovat formou studia na VŠPJ. Během své práce i studia se setkávala s různými druhy sociální práce. Zajímalo mne, jaké je srovnání ústavní péče a chráněného bydlení, jaké jsou jejich pozitivní i negativní výhody a zda-li vede přechod z ústavní péče ke zlepšení života nejen samotných klientů, ale i zlepšení péče prostřednictvím pracovníků v sociálních službách.

Cíl práce

Cílem bakalářské práce je zjistit, co samotná transformace z ústavní péče na chráněné bydlení přinesla, posoudit, jaké vznikly nové možnosti a příležitosti, k jakým došlo pozitivním změnám, ale také zvážit možné negativní dopady na klienty a to vše z pohledů pracovníků v sociálních službách. K zjištění cíle práce byla formulována hlavní výzkumná otázka „Jak pracovníci v sociálních službách vnímají a hodnotí nynější život klientů v chráněném bydlení po transformaci?“. Následně pomocí dílčích výzkumných otázek bude zkoumáno u pracovníků v sociálních službách, jaké změny transformací nastaly a jak ovlivnily životy klientů.

1 Teoretická část

- transformace ústavu sociální péče na chráněné bydlení

1.1 Vymezení pojmů

1.1.1 Sociální služby

Sociální služby jsou různé formy pomoci a podpory poskytované jednotlivcům nebo skupinám osob, které se ocitají v sociálním a zdravotním znevýhodnění. Tyto služby mají za cíl zlepšit kvalitu života těchto lidí a usnadnit jim plnou integraci do společnosti (Novosad, 2009). Sociální služby mohou být poskytovány různými subjekty, včetně vládních institucí, neziskových organizací a charitativních společností, a mohou zahrnovat poradenství, terapii, vzdělávání, rehabilitaci, pomoc s každodenními aktivitami a další formy podpory.

Definici a meze sociální služby nalezneme v úvodních ustanoveních zákona č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách. Ustanovení § 1 odst. 1 vymezuje působnost tohoto zákona tím, že upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb. Další ustanovení (§ 2, odst. 2) v obecné rovině upravuje podmínky a meze poskytování sociálních služeb. Pomoc v rámci těchto služeb musí vycházet „z individuálně určených potřeb osob, působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování“ (MPSV, 2006).

V rámci definování sociální služby je důležité také dodatečné ustanovení § 3 zákona 108/2006 Sb., které obsahuje vymezení některých klíčových pojmů, s nimiž zákon o sociálních službách nadále pracuje. Dle uvedeného ustanovení je sociální služba definována jako „činnost nebo soubor činností, které poskytují pomoc a podporu jednotlivcům za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení“.

Z uvedeného výše ustanovení lze také odvodit následující základní charakteristiky sociálních služeb:

1. Sociální služby jsou zaměřeny specificky na jednotlivce, kteří se nacházejí v nepříznivé sociální situaci. "Nepříznivá sociální situace" označuje stav, kdy jedinec čelí potížím v důsledku zdravotních problémů, krizových situací, konfliktních životních návyků, sociálně znevýhodňujícího prostředí nebo jiných vážných důvodů, ohrožujících jeho práva a zájmy (Novosad, 2009).

2. Vzhledem k tomu, že sociální vyloučení je považováno za důsledek nepříznivé sociální situace, má poskytování sociálních služeb za hlavní cíl eliminovat tyto důsledky. To naznačuje, že sociální služby jsou navrženy tak, aby poskytovaly podporu a prostředky, které povedou k odstranění nebo alespoň minimalizaci negativních dopadů této situace.

1.1.2 Pracovník v sociálních službách

V rámci poskytování sociálních služeb hraje pracovník sociálních služeb klíčovou roli. Jeho úkolem je aktivní zapojení se do života klientů a poskytování podpory s ohledem na jejich individuální potřeby a specifické situace. Pracovník v sociálních službách má v náplni své práce přímou péči o osoby, pečovatelskou a výchovnou nepedagogickou činnost.

Pro výkon tohoto druhu činnosti je nezbytné mít minimálně dokončené základní vzdělání a absolvovat akreditovaný kvalifikační kurz v minimálním rozsahu 150 hodin.

Tento kurz musí být dokončen do 18 měsíců od nástupu na pozici pracovníka sociálních služeb, jak stanoví § 116 Zákona o sociálních službách. Podmínka absolvování kurzu neplatí pro zájemce, kteří již mají odborné vzdělání v oboru ošetrovatelství, sociální práce nebo ergoterapie. Tito zájemci jsou osvobozeni od kvalifikačního kurzu, protože již disponují relevantními znalostmi a dovednostmi spojenými s oblastí poskytování sociálních služeb (MPSV, 2006).

Tímto se zajišťuje, že zaměstnanci sociálních služeb jsou náležitě kvalifikováni a připraveni plnit své pracovní povinnosti v oblasti poskytování sociální podpory.

Mezi základní úkoly pracovníka v sociálních službách patří mimo jiné:

Podpora soběstačnosti: Posilování soběstačnosti klientů, poskytování jim návodů k samostatným činnostem a podpora rozvoje jejich dovedností.

Vytváření sociálních kontaktů: Aktivní práce na vytváření a udržování sociálních vazeb a kontaktů klientů s okolním společenstvím.

Psychosociální podpora: Poskytování psychosociální podpory klientům, včetně poslechu, porozumění a aktivní spolupráce při řešení emocionálních potřeb.

Výchovná nepedagogická činnost: Zajištění výchovné činnosti zaměřené na prohlubování hygienických a společenských návyků klientů, působení na rozvoj pracovních návyků a manuálních dovedností.

Volnočasové aktivity a rozvoj osobnosti: Organizace a podpora volnočasových aktivit, které vedou ke rozvoji osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností klientů.

Zajišťování zájmové a kulturní činnosti: Poskytnutí příležitostí k zájmovým a kulturním aktivitám, které podporují sociální integraci klientů.

Pečovatelská činnost v domácnosti: Výkon pracovní činnosti spojené s přímým stykem s klienty trpícími fyzickými a psychickými obtížemi, zajišťování komplexní péče o jejich domácnost.

1.1.3 Pobytová sociální služba

Další důležitou složkou sociální péče je pobytová sociální služba. Ta poskytuje klientům komplexní péči a podporu včetně ubytování. Cílem této služby je nejen řešit konkrétní potřeby klientů, ale i vytvořit prostředí, které podporuje jejich sociální začlenění a celkový rozvoj.

Pobytovou sociální službu často využívají jednotlivci, kteří vyžadují podporu a asistenci druhých osob a nejsou schopni samostatného života. Podle Černé (2015) se do této kategorie zdravotního postižení řadí fyzické osoby, které byly oficiálně uznány orgánem sociálního zabezpečení jako plně invalidní, částečně invalidní nebo zdravotně znevýhodněné.

Ve vyhlášce č.182/1991 Sb. je pro jednotlivce s těžkým zdravotním postižením k dispozici odborná péče a rehabilitace, zaměřená na zlepšení či udržení jejich schopností. Personalizovaná individuální podpora je klíčová pro respektování jejich potřeb a podporu maximální samostatnosti. Programy speciálního vzdělávání, bezpečné bydlení s podporou a aktivit pro sociální integraci jsou navrženy tak, aby těmto jednotlivcům poskytovaly plnohodnotný život v rámci komunity.

Pro lidi s mírnějším postižením jsou sociální služby koncipovány tak, aby poskytovaly podporu v oblasti vzdělávání, usnadňovaly integraci do pracovního prostředí a poskytovaly odbornou přípravu. Klíčovou roli zde hraje trénink sociálních dovedností a programy podpory samostatného bydlení. Kromě toho jsou k dispozici rekreační aktivity, které jsou přizpůsobeny jejich schopnostem a podporují rozvoj zájmů a mezilidských vztahů.

Pokud služba není dostupná, nebo pokud rodina není schopna poskytnout péči, nebo pokud je sociální ochrana nastavena jinak, může se stát, že život v pobytovém zařízení je pro tyto osoby jediným řešením. Pobytová služba má své výhody, ale také rizika, a proto je důležité, aby potenciální uživatelé a jejich blízcí pečlivě zvážili všechny možnosti.

Zákon č. 108/2006 Sb. dělí sociální služby na tři kategorie: sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Tyto služby mohou být poskytovány buď jako pobytové služby (které zahrnují ubytování v zařízení sociálních služeb), ambulantní služby (které zahrnují služby, do kterých osoba dochází nebo je doprovázena bez ubytování) a terénní služby (které jsou poskytovány přímo v přirozeném sociálním prostředí osoby).

Ústav sociální péče jako pobytová sociální služba

„Princip ústavní péče spočívá v tom, že se člověk podřizuje systému instituce, a ne instituce člověku.“ (Adamec, Fiedlerová, Hradilková, Paleček, Šveřepa, 2013, s. 49).

Zakládání ústavní péče v 19. století byl veden myšlenkou, znevýhodněných lze řešit budováním ústavů, institucí, které jsou přizpůsobené potřebám mentálně znevýhodněných lidí. Ústavy svého času bezpochyby splňovaly svou funkci, postupem času se začaly ukazovat jasné nevýhody této metody péče (Šestáková, Francová, Sobek, Procházková, 2012).

Ústavní péče odpovídala tehdejší společenské situaci. Jejím cílem bylo zejména zabezpečení hmotných podmínek a zajištění základních životních potřeb pro ty, kteří si je nedokázali sami zajistit. Lidé, kteří v těchto ústavech žili, byli vnímáni jako objekt péče a vlastní chod instituce neměli možnost ovlivnit, a tím ani svůj život (Adamec, Fiedlerová, Hradilková, Paleček, Šveřepa, 2013).

Ústavní model, který byl nejvíce rozšířen v druhé polovině 20. století, řešil práva klientů ústavu jen velmi málo. Prioritou bylo vychovávat a léčit. Lékařský a sesterský personál rozhodoval o dalším životě klienta jako pacienta. Na klienty bylo pohlíženo jako na nedospělé jedince, kteří

mají být celoživotně vychovávaní a léčeni. Individuální potřeby klientů byly spíše upozadovány. Byl kladen důraz na přizpůsobení se instituci. Skutečnosti nahrávalo i to, že většina obyvatel ústavu byla zbavena způsobilosti, podle dřívější terminologie „byli nesvéprávní“ (Sobek a kol., 2007).

Před listopadem 1989 byly služby pro osoby se zdravotním postižením poskytovány pouze v státních institucích sociální péče a byly provozovány státem. V těchto zařízeních se všechny činnosti odehrávaly pod jednou střechou, a uživatelé zpravidla téměř vůbec neopouštěli areál instituce. Život v těchto institucích byl omezený a mnohem předvídatelnější než život v běžném prostředí.

Ústavy sociální péče "jsou instituce pro dlouhodobý pobyt lidí s mentálním postižením ve věku 4 let a více, a tento koncept vychází z právních norem obsažených v § 61 Vyhlášky č. 182/1991 Sb.

Dříve, před rokem 1989, byly ústavy v jednotlivých krajích specializovány na poskytování péče specifickým skupinám lidí. Po rozpadu krajů se tato specializace zrušila a okresní úřady převzaly odpovědnost za tyto ústavy. Existovaly různé typy ústavů, které poskytovaly péči pro osoby s postižením, přičemž se specializovaly podle věku a druhu postižení. Mezi ně patřily ústavy pro mládež s fyzickým postižením, ústavy pro mládež kombinací fyzického a mentálního postižení, ústavy pro dospělé s fyzickým postižením a další.

Ústavy v rámci jednotlivých krajů, před rokem 1989, byly specializovány na poskytování péče určitým skupinám osob. S rozpadem krajů došlo k zrušení této diferenciaci a okresní úřady se staly zřizovateli těchto ústavů. Ústavní péči pro osoby s postižením zajišťovaly různé typy ústavů, které se specializovaly podle věku a typu postižení. Patřily sem ústavy pro tělesně postiženou mládež, ústavy pro tělesně postiženou mládež s přidruženým mentálním postižením, ústavy pro tělesně postižené dospělé občany, a další.

Matoušek (1999) uvádí, že ústavy několik důležitých funkcí. Jednou z nich je poskytování péče a podpory, což je klíčové zejména v situacích, kde tato zařízení nahrazují nefunkční nebo chybějící rodinné prostředí. Tato péče zahrnuje poskytnutí prostoru a podmínek nezbytných pro přežití klienta. Bez těchto ústavů by někteří lidé nemuseli zvládat každodenní život.

Důležitou funkcí je také poskytování léčby, výchovy a reintegrace do společnosti. V tomto případě se očekává, že klient opustí zařízení v lepším stavu, než byl při jeho vstupu. Cílem je provést změnu v jeho stavu a zlepšit jeho životní situaci.

Poslední funkcí je vyloučení, omezení a represe, která slouží k zachování bezpečnosti společnosti tím, že se omezují pohyby a svobody jednotlivců představujících riziko, jako jsou kriminální jedinci nebo lidé s akutní psychózou.

Vzhledem k tomu, že personál pracující v ústavu často má nad klienty mocenskou převahu, může charakter institucionální péče často přispívat k zneužívání osob se zdravotním postižením. Dalším zásadním problémem je, že lidé s mírným stupněm postižení často dostávají více péče, než potřebují, zatímco ti s těžkým stupněm postižení mají často zajištěny pouze základní fyziologické potřeby. Výsledkem je, že klienti ústavní péče se stávají závislými na těchto službách (Matoušek, 1999)

Podle Králové a Rážové (2003) může ústavní péče nabízet různé formy pobytu v zařízení, včetně celoročního, týdenního, denního nebo přechodného pobytu, a rozsah poskytovaných služeb pro klienty se liší podle konkrétní formy pobytu.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují pobytové služby pro jedince, kteří vyžadují nepřetržitou pomoc jiné fyzické osoby. Tyto služby zahrnují ubytování, stravování, pomoc při běžných úkonech v péči o vlastní osobu, podporu osobní hygieny, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti pro klienty, zajištění kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv, zájmů a osobních záležitostech.

Matoušek a Kříšťan (2013) zdůrazňují, že obsah, forma, intenzita a rozsah poskytovaných služeb by měly být individuálně přizpůsobeny potřebám klienta s cílem zachovat co nejvyšší míru samostatnosti a nezávislosti.

Chráněné bydlení jako pobytová sociální služba

Služba chráněného bydlení představuje jednu z komunitních sociálních služeb, která se zaměřuje na umožnění lidem žít normálním životem ve svém přirozeném prostředí. Tato služba představuje alternativu k ústavní péči. Vávrová (2009) uvádí charakteristiku komunitní sociální služby, která zahrnuje: zlepšování kvality života místních obyvatel s omezeními, zachování klientů v jejich běžném prostředí, posun odpovědnosti k jejich blízkým, minimalizaci závislosti na sociálních službách a využívání těchto služeb jen tehdy, kdy jsou skutečně potřeba. Johnová zdůrazňuje, že komunitní sociální služby jsou spíše poskytovány ve formě služeb než v rámci institucí.

Švarcová (2006) definuje chráněné bydlení jako pobytovou sociální službu určenou pro osoby s omezenou soběstačností, obvykle z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, které potřebují asistenci od jiné fyzické osoby. Tato služba zahrnuje možnost individuálního nebo skupinového bydlení, kde několik uživatelů s mentálním postižením žije společně v bytě nebo rodinném domě. Chráněné bydlení zahrnuje: poskytování stravy nebo podporu při zajištění jídla, ubytování, pomoc při domácích činnostech, výchovné, vzdělávací a aktivizační aktivity, umožňuje kontakt s okolním společenským prostředím, provádí sociálně-terapeutické činnosti a poskytuje pomoc při uplatňování práv a správě osobních záležitostí.

Chráněné bydlení reprezentuje modernější přístup k celoroční péči a umožňuje lidem s mentálním postižením žít v běžném bydlení, kde personál pomáhá s každodenními úkony, které klienti sami nezvládnou. Díky umístění těchto bytů v běžném prostředí dochází k přirozené integraci. Uživatelé sdílí domácnost v rámci jednoho bytu, ale mají různá zaměstnání a volnočasové aktivity. Respektování soukromí a osobního prostoru klientů je jedním z hlavních aspektů tohoto konceptu.

1.2 Vývoj a aktuální trendy v oblastech pobytových sociálních služeb

Sociální služby prošly dlouhým historickým vývojem. Počátky sociálních služeb se datují už od raného středověku, kdy péče o chudé a nemocné byla často svěřena církevním institucím. Kláštery a charitativní organizace hrály klíčovou roli v poskytování podpory potřebným. Během

renesance a raného novověku začaly vznikat první instituce, které se specializovaly na péči o nemocné a chudé. V 19. století s nástupem industrializace a urbanizace vzrostla potřeba organizovanějších sociálních služeb. Docházelo k vytváření nemocnic, sirotčinců a domovů pro seniory.

Podle Matouška (2011) bylo období na přelomu 18. a 19. století charakterizováno koncentrací znevýhodněných v ústavních zařízeních. Po roce 1989 došlo k transformaci modelu ústavní péče a vzniklo mnoho nových organizací, které představovaly alternativu k tehdy převládající ústavní péči.

V průběhu 20. století se sociální služby staly součástí státní politiky mnoha evropských zemí. Vznikaly sociální pojištění a veřejné zdravotní systémy. Po druhé světové válce byly implementovány další sociální programy s cílem zlepšit životní podmínky občanů.

V evropských zemích se začal trend odchodu od péče v rámci institutce objevovat dříve než v České republice. Od šedesátých let minulého století začaly být v západních zemích instituce poskytující ústavní péči kritizovány a důraz byl kladen na snižování jejich kapacit.

Například ve Švédsku bylo politické rozhodnutí týkající se deinstitutionalizace sociálních služeb zahrnuto do zákonů, pobytová zařízení a ústavy zde byly dokonce zakázány. Norsko zavřelo některé ústavy pro osoby s mentálním postižením, stejně jako Dánsko.

V sedmdesátých letech minulého století byly v Evropě a USA podniknuty kroky s cílem ukončit institucionální péči, avšak to často vedlo k situaci, kdy lidé se zdravotním postižením skončili bez domova. Uvedená politická rozhodnutí byla silně kritizována, což vedlo ke znovuobnovení ústavní péče (Matoušek, 1999).

V oblasti sociálních služeb v České republice nastala významná změna v roce 1989 s pádem komunistického režimu. Během této doby došlo k přechodu od centrálně řízeného systému k demokratickým principům a tržní ekonomice. Tato transformace ovlivnila i sociální služby, které začaly procházet restrukturalizací a modernizací. Tyto události měly významný vliv na sociální oblast. Po roce 1989 v České republice došlo k změně modelu poskytování ústavní péče, a vznikla celá řada organizací, které nabízely novou alternativu k tradiční ústavní péči (Šiška, 2005). V roce 2006 byl vydán zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, což představovalo revoluci v systému sociální péče. Tento zákon je všeobecně považován za největší legislativní změnu v oblasti sociální péče od dob Marie Terezie. Tyto změny přinesly větší svobodu a pluralitu v poskytování služeb, což umožnilo růst a rozvoj občanské společnosti v oblasti sociální péče.

1.2.1 Základní principy a východiska v rámci současného přístupu k sociálním službám

Současné směry v poskytování sociálních služeb jsou stanoveny prostřednictvím dokumentů, které mají významný dopad na oblast sociální péče a směřují k zvýšení kvality života lidí s postižením. Níže uvedené dokumenty obsahují opatření, která slouží jako základ pro tvorbu strategických plánů jednotlivých krajů a obcí.

Strategické dokumenty v oblasti sociálních služeb

V roce 2003 Ministerstvo práce a sociálních věcí vydalo tzv. „Bílou knihu v sociálních službách“, v které stanovilo základní principy pro transformaci sociální politiky České republiky. Tyto principy jsou odvozeny z evropského pojetí sociální politiky a tvoří základ komunitního plánování sociálních služeb. Kniha uvádí následující hlavní zásady: nezávislost a autonomie pro uživatele služeb namísto závislosti; začlenění a integrace namísto sociálního vyloučení; respektování individuálních potřeb - služby jsou navrženy podle konkrétních potřeb každého uživatele a potřeb společnosti bez univerzálního modelu; partnerství - spolupráce namísto oddělenosti; kvalita - zajištění kvality péče pro zranitelné osoby; rovnost bez diskriminace (Bílá kniha v sociálních službách, [online], 2023).

V Bílé knize (2023) bylo zdůrazněno, že je důležité zachovat podporu v přirozeném prostředí jednotlivce, usilovat o sociální začleňování a zapojit všechny zainteresované strany, včetně využití komunitního plánování.

Současný trend v poskytování sociálních služeb zdůrazňuje důležitost respektování lidských práv a svobod osob se zdravotním postižením. Místo poskytování sociálních služeb v institucionálních zařízeních se v současné době preferuje pobyt těchto osob v přirozeném prostředí.

ČR se k této politice hlásí usnesením vlády č. 127 ze dne 21. února 2007 pod názvem "Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti" (dále jen "Koncepce podpory transformace") (MPSV, 2007). Cílem tohoto dokumentu je podpořit poskytovatele sociálních služeb, kteří mají zájem poskytovat kvalitní sociální služby vycházející respektu k individuálním potřebám uživatelů, a to v jejich přirozeném prostředí. Tento dokument byl vytvořen v souladu s dalšími strategickými dokumenty, jako jsou: „Národní akční plán sociálního začleňování“ (MPSV, 2006), „Bílá kniha v sociálních službách“, a „Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.“

Důležitým právním předpisem je také „Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením“, která začala platit v České republice v roce 2009. Tento dokument zaručuje, že osoby se zdravotním postižením mají právo na plné uplatnění svých lidských práv a na plné zapojení do společnosti. (MPSV, 2006).

V letech 2009 až 2012 byly hlavní směry a podporované oblasti ve sféře sociálních služeb stanoveny v rámcovém dokumentu s názvem "Priority rozvoje sociálních služeb na období 2009-2012" (MPSV, 2006). Uvedený dokument definuje několik klíčových oblastí, které zahrnují: vzdělávání a profesní rozvoj, transformaci sociálních péčí, plánování sociálních služeb, posouzení regionálních plánů rozvoje uvedených služeb, vztah sociálních služeb k evropské sociální politice.

Další rámcový dokument s názvem "Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016 - 2025" stanovuje následující základní cíle:

a. přechod od velkých institucí k menším zařízením a domácí péči pro lidi se zdravotním postižením (deinstitucionalizace);

- b. zajištění finanční stability pro sociální služby a zlepšení kvality poskytované péče;
- c. lepší propojení zdravotních a sociálních služeb pro efektivnější pomoc;
- d. podpora pečujících osob a vylepšení podmínek neformální péče;
- e. zvyšování kvality a transparentnosti inspekcí sociálních služeb. (MPSV, 2023)

Podpora procesů deinstitucionalizace a transformace je zahrnuta v několika dalších národních strategických dokumentech, na jejichž základě jsou tyto trendy implementovány v krajských plánech. Způsob provádění těchto procesů je individualizovaný ze strany zadavatelů a zřizovatelů sociálních služeb.

Deinstitucionalizace

Deinstitucionalizace sociálních služeb je proces, kdy dochází k transformaci ústavní péče o zdravotně postižené osoby (ať už z důvodu mentálního postižení, kombinovaného a nebo i z důvodu stáří) v péči komunitní, která umožňuje setrvání klienta v jeho přirozeném prostředí. Cílem tohoto procesu je zlepšit kvalitu života těchto lidí. Pokud je to možné jim umožnit normální život, který je srovnatelný s životem lidí bez postižení.

Během deinstitucionalizace dochází k rušení (k řízenému zavírání) institucí a naopak k rozvoji a podpoře komunitních sociálních služeb. Jedná se o snahu přizpůsobit život co nejvíce běžnému životu v domácnosti tak, aby jejich život byl co nejvíce plnohodnotný.

Výsledný provoz a struktura sociálních služeb jsou primárně zaměřeny na potřeby uživatelů služeb a jejich sociální začlenění, klienti nejsou vystaveni institucionalizaci (Adamec, Fiedlerová, Hradilková, Paleček, Šveřepa, 2013).

Deinstitucionalizace je v České republice vnímána jako „proces, ve kterém dochází k přechodu od ústavní péče o osoby se zdravotním postižením k péči, která je poskytovaná v přirozeném prostředí“ (MPSV, 2020). Toto širší pojetí zahrnuje změny, které probíhají, aby se zabránilo další institucionalizaci lidí žijících do té doby v jejich domácnostech (TRASS, 2021).

V posledních desetiletích došlo v západních zemích k významnému trendu v oblasti sociálních služeb, a to tzv. deinstitucionalizaci. Tato iniciativa směřuje k odstranění tradičních ústavních forem péče a jejich nahrazení péčí, která je méně restriktivní pro klienty a náročná na personální a materiální zdroje.

Hlavním cílem deinstitucionalizace je umožnit uživatelům ústavní péče vést život srovnatelný se životem zdravých vrstevníků, a to prostřednictvím podpory vývoje služeb, zejména osobní asistence, chráněného bydlení a služeb podpory samostatného bydlení (Matoušek, 2011). Jinými slovy záměrem je tedy zlepšit kvalitu života lidí, kteří mají zdravotní postižení, pokusit se jim dát možnost žít běžný život, který bude srovnatelný s životem jejich stejně starých spoluobčanů bez zdravotního postižení.

Pro dosažení cíle deinstitucionalizace je nutné provést tři hlavní kroky:

1. **Zabránit dalšímu umísťování lidí do institucí** – je nezbytné, aby nikdo další nebyl vystavován ústavnímu prostředí. Je třeba dbát na dodržování lidských práv a blaho života lidí, kteří využívají sociální služby,

2. **Přeměnit stávající ústavní sociální péči a zrušit ústavy** – transformovat sociální péči. Pokusit se nastavit tak, aby lidé, užívající původní sociální ústav, mohli se zapojit do normálního života a žít podobným způsobem jako jejich vrstevníci.

3. **Umožnit přístup ke komunitní podpoře** - osoby s potřebou podpory od druhých ji musí mít k dispozici na místě a v čase, který zajistí zachování jejich možnosti účasti v běžném životě. (MPSV, 2006)

V rámci tohoto paradigmatu se ústavní péče považuje za omezující v oblasti základních lidských práv a svobod, jako zásah do schopnosti jednotlivce se rozvíjet samostatně, rozhodovat a podobně. Současný přístup k jedincům s postižením nezahrnuje jejich "skrývání" za zdmi institucí, které jsou vzdálené od běžného života. Namísto toho usiluje o jejich integraci do společnosti a o umožnění jim žít takový život, jaký většina populace. Pro dosažení tohoto cíle je nezbytné minimalizovat vliv ústavní péče a poskytnout těm, kteří touží po normálním životě, možnost ho žít.

Proto deinstitucionalizace pobytových sociálních služeb představují nezbytný proces v dnešní společnosti. Ústavy, které byly v minulém století vnímány jako instituce poskytující sociální péči, jsou nyní neschopny plně zaručit občanská a lidská práva svým uživatelům, včetně práva jednotlivce na sebeurčení.

Humanizace

Deinstitucionalizace úzce souvisí s procesem humanizace. Humanizace, jako významný pilíř národní strategie v oblasti rozvoje sociálních služeb, zastává klíčovou roli v transformaci poskytování péče a podpory lidí se zdravotním postižením.

Jedním z hlavních aspektů humanizace je podpora empatie a porozumění mezi poskytovateli péče a lidmi s omezeními. Důraz je kladen na vytváření prostředí, kde se jedinec cítí respektován, slyšen a porozuměn. Zároveň se staví na podpoře sociální integrace a zapojení těchto jedinců do běžného života společnosti.

Významným nástrojem v procesu humanizace je individuální plánování, které se zaměřuje na přání a potřeby uživatele. Během tohoto procesu jsou stanoveny kroky vedoucí k dosažení určeného cíle, přičemž aktivní účast samotného uživatele při realizaci plánu a jeho následné hodnocení jsou klíčové. Koncept plánování zaměřeného na člověka vychází z ideje, že toto plánování se soustředí na hledání příležitostí, které umožní jednotlivci využít své schopnosti. Jeho hlavním cílem je pomoci lidem se zdravotním postižením opustit tradiční struktury, které omezují jejich samostatnost a oddělují je od většinové společnosti (Matoušek, 2011).

Humanizační prvky mohou zahrnovat snižování počtu lůžek v pokojích, zajištění většího soukromí uživatelů, vytvoření skupinových domácností přímo v rámci zařízení, oddělení místnosti, kde uživatelé spí, od prostor, kde provádějí denní aktivity a volnočasové aktivity atd. Humanizační opatření přinášejí významná zlepšení v životních podmínkách uživatelů, nicméně

financování těchto změn se často stává argumentem, který v mnoha případech brání transformaci těchto zařízení.

Princip normality

Jak už bylo naznačeno, od devadesátých let minulého století dochází k transformacím v poskytování institucionální péče, které jsou zaměřeny na přizpůsobení se modernímu konceptu sociálních služeb. Tento koncept je založen mimo jiné na principu normality a přináší změny do struktury poskytovaných služeb, přičemž se snaží o co největší soulad s moderními standardy v oblasti sociální péče.

Princip normality v kontextu sociálních služeb představuje filozofii a přístup, který se snaží o vytvoření prostředí, kde jednotlivci se zdravotním postižením mohou prožívat život v co největší míře obdobně jako lidé bez omezení. Tento princip se opírá o myšlenku, že každý člověk by měl mít možnost žít co nejvíce standardní život v rámci společnosti, bez ohledu na své zdravotní či mentální omezení.

Jedinec se zdravotním postižením má právo na život, který zahrnuje tři hlavní aspekty:

normální rytmus života, který zahrnuje každodenní aktivity, jako je docházka do školy, práce, volnočasové aktivity, odpočinek, dovolená, atd.;

normální prostředí, což znamená, že lidé nejsou omezováni pobytem na jednom místě, ale mají možnost bydlet, pracovat, vzdělávat se a trávit volný čas na různých místech; a

respektování *společensky akceptovaných (normálních) způsobů uspokojování potřeb*, což zahrnuje naplňování potřeb osob s mentálním postižením způsobem, který je obvyklý pro všechny, například poskytování smysluplných aktivit odpovídajících věku a zájmům. Tento princip podporuje běžné bydlení s rodinou na místě podle vlastního výběru, běžné způsoby dojíždění za prací nebo do školy a trávení volného času podle vlastních zájmů a koníčků (MPSV, 2006).

1.2.2 Transformace pobytových sociálních služeb

Transformace sociálních služeb můžeme chápat jako změny v řízení, financování, edukaci v místě a způsobu poskytování služeb, aby výsledkem byla péče v přirozeném prostředí osob a snižování ústavních kapacit. Hovoříme o ní v souvislosti se změnami v určitých zařízeních sociálních služeb. Hlavním úkolem je zabezpečit každému uživateli sociální služby ústavního zařízení podporu podle jeho potřeb požadavků a přání a takovým způsobem, které je obvyklé i pro ostatní lidi ve společnosti (TRASS, 2021).

Transformace sociálních služeb vede k začlenění lidí se znevýhodněním do běžného procesu života. Se správnou podporou mohou tito lidé žít v běžných domácnostech, starat se o svou domácnost a převzít odpovědnost za svůj život rovnocenně se svými vrstevníky a běžnými občany. Mohou se věnovat například svému hobby, chodit do zaměstnání nebo se potkávat s přáteli a dalšími, se kterými mají společné, nejen postižení (TRASS, 2021).

Osoba s mentálním postižením je v moderních sociálních službách chápána jako dospělý jedinec. Což je důležité i z hlediska lidských práv. Na rozdíl od nedospělého jedince má všechny znaky dospělého člověka. Z jasných důvodů nemá dítě od počátku svého bytí stoprocentní svobodu volného pohybu, právo na partnerský život.

Až časem k těmto právům dospívá a plně nezávislé se stává až v dospělosti. Z hlediska práv je velmi podstatné, aby mentálně znevýhodnění nebyli považováni za „velké děti“, ale za dospělé spoluobčany, ke kterým se chováme s ohledem na jejich věk. Samozřejmě vzhledem k postižení nejde vždy o klasický vztah mezi dospělým a dospělým, ale je dobré stále myslet na skutečnost, že jednáme s dospělým člověkem a musíme respektovat jeho vůli (Sobek a kol., 2007)

Jak již bylo zmíněno výše, myšlenka transformace péče o osoby s postižením do ČR pronikla z Evropy, především z Velké Británie a Švédska, v devadesátých letech minulého století. V té době zejména neziskové organizace reagovaly na tuto tendenci zakládáním menších komunitních pobytových služeb a rozvíjely terénní služby, které byly schopny flexibilně reagovat na jednotlivé situace osob s postižením.

Transformace pobytových sociálních služeb v České republice je komplexní proces, zahrnující restrukturalizaci organizace (s posunem od institucionální péče k podpoře ve společnosti), inovace financování, aktualizaci vzdělávacích programů, optimalizaci lokalizace a přepracování formy poskytování sociálních služeb. Hlavním cílem této transformace je zajistit, aby péče byla poskytována v běžných životních podmínkách. Současně se v průběhu tohoto procesu vyžaduje, aby jednotlivci opouštějící pobytovou či ambulantní službu přešli k bydlení s vlastní rodinou, případně ve vlastním nebo pronajatém bytě, nebo využívali služeb s komunitním zaměřením (MPSV, 2006).

Proces transformace

Proces transformace ústavní péče představuje systematický postup směrem k deinstitucionalizaci původního prostředí, nahrazující ho konvenční formou bydlení, jakou známe u ostatních občanů. Cílem transformačního procesu je redukovat kapacity existujících zařízení a opustit objekty s nevhodným dispozičním uspořádáním, například historické budovy, zámky a statky (Johnová, 2008). V souladu s plány rozvoje sociálních služeb v kraji má transformace za úkol vytvořit efektivní síť sociálních služeb. Tato síť by měla umožnit maximálně individualizovaný život uživatelů, respektující jejich jedinečné potřeby a preference. Díky tomu bude každý jednatel moci žít plnohodnotný život podle svých individuálních možností a představ.

Johnová (2008) uvádí, že proces transformace ústavní péče může být rozčleněn do několika kroků, přičemž každý z nich hraje klíčovou roli v dosažení cíle deinstitucionalizace a vytvoření efektivní sítě sociálních služeb:

1. *Analýza současné situace:* Proces začíná podrobnou analýzou stávajícího stavu ústavní péče, zahrnující hodnocení kapacit, dispozičního uspořádání, kvality poskytované péče a potřeb uživatelů;

2. *Stanovení cílů transformace:* Na základě analýzy se definují cíle transformace, které mohou zahrnovat redukci kapacit, opuštění nevhodných objektů a zajištění individualizované péče;
3. *Plánování:* Následuje fáze plánování, kde se vytvářejí strategie a akční plány pro dosažení stanovených cílů. To může zahrnovat i vypracování nových konceptů bydlení a sociálních služeb;
4. *Implementace změn:* Transformační opatření se postupně implementují. To může zahrnovat uzavírání nevhodných zařízení, vytváření nových komunitních struktur a přizpůsobení péče individuálním potřebám;
5. *Vzdělávání a podpora personálu:* V průběhu transformace je klíčové vzdělávat a podporovat personál, aby byl schopen efektivně pracovat v novém prostředí a poskytovat personalizovanou péči;
6. *Konzultace s klienty:* Zapojení klientů do rozhodovacího procesu a konzultace ohledně poskytované péče a nových forem podpory;
7. *Monitorování a hodnocení:* Průběžné sledování a hodnocení změn jsou nezbytné k zajištění úspěšné implementace a optimalizaci procesu transformace;
8. *Zapojení komunity:* Komunitní participace a informovanost jsou klíčové pro úspěch transformace. Zajištění podpory a zapojení místních obyvatel je nezbytné;
9. *Udržitelnost:* Nakonec je důležité zajistit udržitelnost změn a přizpůsobit systém tak, aby mohl dlouhodobě poskytovat kvalitní a individualizovanou sociální péči.

Rizika transformace

Transformace sociálních služeb představuje komplexní proces, který zahrnuje účast mnoha aktérů na různých úrovních. Je proto přirozené, že provedení tohoto projektu nese s sebou různá rizika, která mohou zpomalit, komplikovat nebo dokonce zastavit celý proces. Tato rizika mohou být jak systémová, tak vyplývající z praktických zkušeností. Mezi ně patří:

1. *Nepřipravenost rodin a příbuzných:* Členové rodin mohou mít obavy z nových forem péče a obavu o pohodu svých blízkých. Nedostatek přípravy a informací může způsobit odpor;
2. *Nedostatečná příprava opatrovníků:* Opatrovníci mohou pociťovat nedostatek přípravy nebo školení na poskytování péče v novém prostředí. Někteří opatrovníci mohou být neochotní přijmout větší autonomii uživatelů;
3. *Nepřipravenost klientů (uživatelů):* Osoby, které v současné době pobývají v ústavní péči, mohou pociťovat obavy nebo vykazovat odpor vůči přechodu do nových formátů bydlení a podpory. Někteří jednotlivci odmítají zapojit se do procesu transformace, projevují zklamání. Mezi dopady odmítavého postoje ze strany klientů mohou patřit takové projevy, jako jsou apatie, agrese, sebepoškozování a zhoršení zdravotního stavu.

Někdy může docházet k nekonvenčnímu nebo obtěžujícímu chování ze strany uživatelů sociálních služeb v prostoru veřejnosti, a to v důsledku nedostatku možností a vhodných podmínek pro smysluplné využití volného času;

4. *Neschopnost a neochota zaměstnanců zvládnout nové pracovní podmínky* jsou klíčovými faktory, které mohou ovlivnit úspěch procesu transformace ústavní péče.

Všeobecné obavy z neznámého, stereotypnosti práce v nových domácnostech a odpor některého personálu vůči jakýmkoliv změnám mohou vytvářet napětí a negativně ovlivňovat pracovní atmosféru. Klíčové je poskytnout zaměstnancům adekvátní školení, podporu a jasné informace, které jim pomohou lépe porozumět a přizpůsobit se změnám. Zároveň je důležité aktivně komunikovat s personálem, naslouchat jejich obavám a zapojit je do procesu rozhodování, což může podpořit jejich angažovanost a přispět k úspěšnému provedení transformace;

5. *Riziko týkající se managementu v procesu transformace* ústavní péče: Nedostatečné vedení a absence jasného strategického plánu mohou zpomalit a ztížit úspěšnou transformaci. V průběhu transformace může dojít k odchodům zaměstnanců, zejména pokud není dostatečně připravena podpora a vzdělávání. Tento odchod může znamenat ztrátu klíčových znalostí a dovedností (TRASS, 2021);
6. *Finanční omezení*: Nedostatek financí může ovlivnit schopnost realizovat změny a poskytovat potřebné služby. Nepředvídané náklady mohou zatížit rozpočet a zpomalit proces. Proces transformace může čelit výzvě nedostatku financí pro počáteční zřízení nových služeb, což může vytvářet finanční zátěž pro organizaci provádějící transformaci. Organizace se může potýkat s výzvami spojenými s omezením stabilních finančních prostředků nutných k průběžnému provozu nových sociálních služeb. Nejistota v oblasti finančních zdrojů může přispět k ekonomické nejistotě;
7. *Nedostatečná podpora komunity*: Nedostatečná podpora komunity je situace, kdy není dostatečná pozitivní reakce nebo aktivní podpora ze strany místní komunity v rámci transformace sociálních služeb. Negativní postoje nebo předsudky místních obyvatel mohou vést k neúspěchu při vytváření pozitivní atmosféry pro transformaci. To může být zvláště významné, pokud nové služby zahrnují interakci s konkrétními skupinami jednotlivců;
8. *Nesouhlas představitelů obce*: Pokud reprezentanti obce nevidí nové služby jako odpovídající aktuálním potřebám obyvatel, může dojít k nesouhlasu s celým procesem transformace. Je klíčové aktivně zapojit tyto představitele do dialogu a zohlednit jejich názory (Johnová, 2008);
9. *Právní a regulační překážky*: Komplexní legislativní nebo regulační prostředí může komplikovat plynulý průběh změn a vyžadovat dodatečné úpravy nebo schválení. Složitě právní normy mohou způsobit nejasnosti a obtíže při jejich interpretaci, což organizacím ztěžuje hledání optimálních řešení v souladu s platnými předpisy;
10. *Nepřiměřený časový tlak* představuje další aspekt rizika při transformaci sociálních služeb. Externí tlaky mohou vést k rychlému provedení změn nebo snaze minimalizovat dobu trvání transformace. Tato strategie však může způsobit neefektivitu a neschopnost správně implementovat nové postupy, což může negativně ovlivnit kvalitu poskytovaných služeb a způsobit chyby. Je klíčové najít vyvážený přístup k časovému rámci transformace, aby bylo dosaženo cílů s optimální efektivitou a kvalitou.
11. *Nepředvídatelné vnější faktory*: Nepředvídatelné události, jako jsou nečekané změny v politickém či hospodářském prostředí, představují potenciální riziko pro průběh transformace sociálních služeb. Tyto události mohou mít různorodé dopady na proces transformace. Pro správnou adaptaci na tato rizika je klíčové mít v plánu mechanismy pro monitorování a rychlou reakci na změny v externím prostředí, což umožní pružnou a efektivní transformaci v nejistých podmínkách.

Správný a pečlivý plán, podpora zainteresovaných stran a flexibilita při řešení nečekaných situací mohou pomoci minimalizovat tyto rizika a zabezpečit úspěšnou transformaci ústavní péče.

2 Praktická část

2.1 Transformace vybraného Ústavu sociální péče na chráněné bydlení

Transformace ústavu sociální péče na chráněné bydlení představuje dynamický proces, jehož cílem je přeorientovat stávající institucionální prostředí na moderní a individualizovaný model péče. Tato proměna není pouze změnou fyzické infrastruktury, ale spíše komplexním přístupem k poskytování sociálních služeb, který klade důraz na respektování individuálních potřeb a autonomie uživatelů.

Vstup do procesu transformace konkrétního ústavu sociální péče směrem k chráněnému bydlení představuje zásadní krok směrem k poskytování služeb, které respektují individualitu a potřeby každého uživatele. Tato transformace není pouze změnou ve fyzickém uspořádání prostoru, ale také přechodem k novému paradigmatu poskytování péče, kde je klíčovým cílem umožnit uživatelům žít plnohodnotný život v rámci komunity.

V této kapitole se bude zabývat klíčovými aspekty transformace konkrétního Ústavu, zkoumáním faktorů, které ji motivují, a posuzováním dosavadních úspěchů a výzev. Přiblíží kroky a strategie, které se uplatňují při přechodu od tradiční institucionální péče k modernímu konceptu chráněného bydlení.

2.1.1 Historie zařízení

V roce 1966 byl zřízen vybraný Ústav sociální péče (ÚSP) za účelem poskytování péče mužům starším 26 let. Deset let nato, v roce 1976, byl tým složený z 12 zdravotních sester a 1 sanitářky odpovědný za péči o 104 klientů. Důležitým prvkem výběru bylo, že všichni klienti byli zbaveni právní způsobilosti, což bylo platné pro celé zařízení. Toto opatření se vztahovalo na všechny klienty bez výjimky.

V roce 1989 došlo k významné úpravě kapacity v Ústavu sociální péče (ÚSP), kdy byla stanovena nová horní hranice pro přijímání klientů na 90 osob. Tato změna umožnila optimalizaci prostorových podmínek, což vedlo ke snížení kapacity pokojů na rozmezí od 2 do 8 lůžek. Tímto krokem bylo zajištěno, že každý klient měl k dispozici adekvátní ubytování podle svých potřeb.

V oblasti stravování došlo také k významnému posunu. Všichni klienti začali jíst ve společné velké jídelně, což podporovalo sociální interakce a vytváření komunitního prostředí. Tato změna nejenže zajišťovala společné stravování, ale také posilovala pocity sounáležitosti a sdílení mezi klienty.

V roce 2004 došlo k významné změně v provozu vybraného Ústavu sociální péče (ÚSP), kdy se zřizovatelem zařízení stal Kraj Vysočina. Tato proměna přinesla s sebou rozšíření působnosti Ústavu i na ženy, čímž byly otevřeny dveře péče nejen mužům, ale také ženám. Tímto krokem se zařízení stalo ještě více inkluzivním a schopným poskytovat podporu a péči oběma pohlavím.

V následujícím roce 2007 vstoupilo zařízení do pilotního projektu Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) nazvaného "Transformace sociálních služeb". Tato iniciativa měla za cíl zkoumat a implementovat inovativní přístupy k poskytování sociálních služeb, což přispělo k dalšímu zdokonalení péče poskytované Ústavem.

V únoru 2008 došlo k nešťastné události, když došlo ke kolapsu stropu hlavní budovy zámku. Tato situace vyžadovala okamžitou evakuaci klientů. V reakci na tuto neplánovanou událost byli klienti přesunuti do vedlejších zámeckých budov a vojenské ubytovny v místním městě. Tím bylo zajištěno jejich bezpečí a kontinuita poskytování péče.

V průběhu roku 2010 došlo k radikálnímu kroku, kdy klienti Ústavu sociální péče (ÚSP) opustili kompletně areál původního ubytování. Tento posun znamenal změnu nejen v jejich fyzickém prostředí, ale také v celkovém přístupu k bydlení a péči. Klienti vstoupili do nové fáze svého pobytu, kdy se přesunuli do ubytoven, pronajatých bytů a rodinných domů. Způsob bydlení byl navržen tak, aby lépe reflektoval individuální potřeby a preference každého klienta.

Následující rok, v roce 2011, přinesl další významnou změnu, kdy došlo k přejmenování zařízení. Z Ústavu se stává Chráněné bydlení. Tato nová identita odrážela transformaci filozofie a přístupu k poskytování sociální péče, zdůrazňující důraz na individualitu a autonomii každého klienta.

Během roku 2012 prošli uživatelé sociálních služeb další klíčovou fází v získání svého nového bydlení, a to prvním stěhováním do vlastních domků. Tato klíčová iniciativa nejen představovala změnu prostředí pro klienty, ale také měla hlubší význam v podpoře jejich nezávislosti. Přesun do vlastních domků znamenal významný krok směrem k samostatnému životu, přičemž klienti získali nejen fyzický prostor, ale také větší míru autonomie ve svém každodenním životě.

Tato transformace měla pozitivní dopad na klienty nejen z hlediska bydlení, ale také v sociálním kontextu. Stěhování do vlastních domků umožnilo klientům plně se integrovat do komunitního života. Přítomnost ve vlastním domově vytvořila prostředí, kde mohli klienti rozvíjet sociální vazby a participovat na různých komunitních aktivitách.

V únoru 2015 byl úspěšně dokončen proces přesunu posledních klientů do nových domů. Tato důležitá fáze přemístění znamenala nejenom poskytnutí moderního bydlení pro klienty, ale také příležitost sdílet cennou zkušenost s dobrou praxí. Otevřený domov se stal inspirací pro 110 stážistů z pěti zemí, kteří přišli studovat a aplikovat osvědčené postupy.

Již od ledna 2020 organizace rozšířila své služby o novou terénní službu s názvem "Podpora samostatného bydlení". Tato iniciativa přináší klientům možnost individuální péče a podpory ve vlastním domácím prostředí, podporující jejich autonomii a samostatnost.

V roce 2023 došlo k další významné změně, kdy organizace přesunul svou odlehčovací službu do Města H a zdvojnásobil její kapacitu. Tímto krokem byla organizace schopná lépe reagovat na rostoucí potřeby komunity a poskytovat rozšířené možnosti odlehčení pro klienty a jejich rodiny.

2.1.2 Rámec a důvody transformace

Transformace ÚSP, nyní chráněné bydlení, byla významným krokem směrem k vytvoření inkluzivního a komunitního prostředí pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením. Tato přeměna však není pouze o změně fyzické podoby poskytovaných služeb. Představuje hluboký posun v myšlení a pohledu na lidi se zdravotním postižením. Záměrem bylo umožnit těmto jednotlivcům plně uplatnit svá práva na normální a plnohodnotný život, včetně účasti v běžné škole, práci a navazování partnerských vztahů.

Zmíněný výše inovativní projekt, první svého druhu v Kraji Vysočina, se zaměřil na poskytování komunitního bydlení pro tuto zranitelnou skupinu. Jeho zahájení se datuje do roku 2010, a projekt byl začleněn do *Integrovaného operačního programu "Lidské zdroje a zaměstnanost"* a byl podpořen Ministerstvem práce a sociálních věcí.

V listopadu 2011 v rámci realizace projektu byly zahájeny stavební práce, které vedly k vybudování dvou domků ve městě V.B. a dalších dvou domků ve městě N., jež slouží jako zázemí ambulantních služeb a sídlo managementu organizace. Domky ve V. B. byly speciálně přizpůsobeny pro uživatele s vysokou mírou podpory, poskytující domácí péči pro osoby se zdravotním postižením a odlehčovací služby. Vytvořen byl i prostor pro denní terapie uživatelů. Domky v N. slouží jako chráněné bydlení pro 6 uživatelů.

Transformace ÚSP byla realizována v rámci projektu Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) s názvem "Podpora transformace sociálních služeb" (TRASS, 2021). Cílem projektu bylo pilotně ověřit proces deinstitutionalizace, a do něj bylo zapojeno celkem 32 zařízení z celé České republiky. Během projektu byly provedeny detailní analýzy regionů, možností uživatelů a reálných situací v poskytovaných službách. Regionální týmy pracovních skupin stanovily podrobné transformační plány zařízení, které byly následně investičně podpořeny.

2.1.3 Průběh transformace

Realizace transformace Ústavu sociální péče vyžadovala úzkou spolupráci s různými subjekty, zahrnujícími poskytovatele sociálních služeb, krajské orgány a samosprávu. Klíčovým faktorem dosažení úspěchu byla neustálá práce s veřejností, zaměřená na eliminaci předsudků a vytváření podpůrného prostředí pro začlenění lidí se zdravotním postižením do běžného společenství.

Během transformačního procesu byly identifikovány různé vnější a vnitřní vlivy, které buď usnadňovaly, nebo naopak komplikovaly průběh změny. Přes všechny obtíže vyplývající z faktorů, jako jsou neochota zaměstnanců ke změně místa poskytování služby, počáteční nezájem nebo averze některých sousedů a veřejnosti, odmítavý postoj některých obcí k prodeji pozemků, nemožnost provádět stavby nových objektů a problémy s adaptací klientů na nový způsob života, byl dosažen celkový posun od institucionální péče k posílení individuálních práv a aktivnímu začleňování osob se zdravotním postižením do společnosti.

Transformace byla posílena příznivým působením následujících faktorů:

Zaměstnávání nových pracovníků s ochotou interagovat s uživateli novým způsobem: přítomnost zaměstnanců, kteří byli otevření novým přístupům, přispívala k adaptaci nových metod.

Srozumitelná a transparentní vize sdílená ředitelkou a celým vedením: tato vize nejen poskytovala směr pro celý tým, ale také fungovala jako vodítko usnadňující a usměrňující průběh celé transformace. Sdílená vize byla klíčem k jednotě a soustředěnosti týmu.

Spolupráce s krajem Vysočina a odborem MPSV ČR: aktivní spolupráce s regionálními a státními orgány byla klíčovým prvkem posilujícím snahy o transformaci. Komunikace a partnerství s krajem a ministerstvem přispívaly k úspěšné implementaci nových přístupů.

Spolupráce s jinými zařízeními zapojenými do projektu: vzájemná podpora a občasné soutěžení mezi řediteli zařízení byly motivujícím faktorem v procesu transformace. Sdílení zkušeností a nápadů přispívalo k inovacím a celkovému zdárnému průběhu transformace.

Kontakt s lékaři a dostupnost veřejných služeb: změna v kontaktu s lékaři (klienti začali pravidelně navštěvovat ordinace) a zvýšená dostupnost veřejných služeb měly pozitivní dopad na sociální integraci uživatelů.

Navázání kvalitní spolupráce s ostatními sociálními institucemi: intenzivní spolupráce s různými sociálními zařízeními, včetně speciální školy, přispěla k úspěšnému průběhu zavádění změn.

Možnost zaměstnání některých uživatelů: poskytování možnosti zaměstnání pro určitou skupinu uživatelů bylo klíčovým prvkem podporujícím aktivní začleňování do pracovního prostředí. Tato iniciativa nejen nabízela ekonomickou nezávislost, ale také posilovala pocit sounáležitosti a smysluplnosti.

Celý projekt zahrnoval rozsáhlé aktivity, včetně konzultací s relevantními aktéry, propagace transformačních iniciativ, poskytování vzdělávacích programů a systematické vyhodnocení procesu transformace a jeho dopadů.

2.1.4 Výsledky transformace

Transformace přinesla výrazné změny v provozu, místě a způsobech poskytování služeb. Změnil se i jejich počet.

Pokud jde o provoz, dříve byly služby poskytovány nepřetržitě, tj. 24 hodin denně, bez ohledu na individuální potřeby uživatelů. V současné době však služby přizpůsobujeme individuálním potřebám uživatelů nebo skupin uživatelů sdílejících společné bydlení. To znamená, že na jednotlivých pracovištích jsou stanoveny služby s různým časovým rozsahem, odborností pracovníků a počtem zaměstnanců v konkrétních časech.

Tento nový přístup měl vliv na přerozdělování uživatelů do jednotlivých domácností. Průběžné hodnocení potřeb podpory odhalilo, že přání uživatelů ohledně toho, s kým a jak chtějí žít, ne vždy odpovídala realitě. Důvodem byla nejen potřeba podpory, ale také dostupnost služebního personálu. Například služba denní občanské začleňovací praxe (DOZP), poskytovaná v ubytovně v Obci N. v letech 2010 – 2012 pro 24 uživatelů, byla zajišťována různými pracovníky, včetně sociálních pracovníků, zdravotních sester a dalšího personálu, kteří se střídali v přizpůsobených

směnách. Přes noc byli na pracovišti přítomní dva pracovníci v sociálních službách. V rámci DOZP byl řešen problém flexibility služby podle individuálních potřeb uživatelů, což zahrnovalo i výzvy spojené s individuálními doprovody uživatelů.

Změny ve způsobu a místě poskytování služeb ovlivnily také přístup k zaměstnancům a personální záležitosti. Došlo k transformaci nejen ve struktuře zaměstnanců a jejich rozdělení do jednotlivých služeb, ale také k novým požadavkům na kvalifikaci a schopnosti zaměstnanců.

Profesní struktura zaměstnanců v jednotlivých druzích služeb prošla výraznými změnami mezi lety 2008 a 2011. Docházelo k navýšení technicko-hospodářského úseku, zrušení úseku kuchyně, prádelny a údržby, mírnému nárůstu sociálních pracovníků (z 2 na 2,75 úvazku), mírnému poklesu počtu zdravotních sester (z 6 na 5) a značnému zvýšení počtu pracovníků v sociálních službách (z 23 na 35,6 úvazku).

V současné době jsou v organizaci zaměstnáni pracovníci na různých pozicích, jako jsou vedoucí pracovníci, techničtí a administrativní pracovníci, pracovníci v sociálních službách, sociální pracovníci a všeobecné sestry.

Co se týče aktuálně poskytovaných služeb v rámci chráněného bydlení, od počátku transformace se jejich počet zvýšil z původních dvou na současných šest. Mezi ně patří:

Chráněné bydlení: Individuální podpora v domácím prostředí s důrazem na autonomii a bezpečnost uživatele.

Odlehčovací služba: Poskytování dočasné péče a podpory rodinám pečujícím o osoby se zdravotním postižením, s cílem jim umožnit krátkodobý odpočinek.

Denní stacionář: Denní aktivitní program a podpora pro uživatele, kteří nevyžadují celodenní pobyt v domově.

Domov pro osoby se zdravotním postižením: Trvalé pobytové zařízení s komplexní péčí pro osoby se zdravotním postižením, kde je poskytována podpora jak v běžných každodenních aktivitách, tak ve zvláštních potřebách.

Sociálně terapeutická dílna: Specializovaný prostor pro rozvoj dovedností a sociální integraci, zejména pro ty, kteří mají zdravotní omezení.

Podpora samostatného bydlení: Individuální služby zaměřené na umožnění uživatelům žít co nejvíce nezávisle v jejich vlastním domově.

Tato rozmanitá nabídka služeb reflektuje komplexní potřeby uživatelů a přispívá k celkovému rozvoji a podpoře jejich kvality života.

2.2 Transformace vybraného Ústavu na Chráněné bydlení z pohledu pracovníků v sociálních službách

Jak je patrné již z teoretické části, od počátku devadesátých let prochází sociální péče významnými transformacemi, z nichž jedna se zaměřuje na přechod od tradičních ústavních služeb (ÚSP) k chráněnému bydlení. Tato proměna nese sebou potenciál přinést kvalitativní změny v životě klientů, zejména pokud jde o péči přímou pracovníků v této oblasti. Tato práce je zaměřena na hodnocení této transformace z pohledu pracovníků přímé péče a na jejich vnímání života klientů, kteří nyní využívají chráněné bydlení.

2.2.1 Cíle a výzkumné otázky

Cílem této práce je zjistit, co samotná transformace přinesla, identifikovat oblasti, kde přinesla pozitivní změny, ale také zvážit možné negativní dopady na klienty. Pro dosažení cíle bakalářské práce byly s ohledem na transformaci ÚSP na Chráněné bydlení formulovány následující výzkumné otázky, jež nám pomohou lépe porozumět dopadům této změny na pracovníky v sociálních službách a samotné klienty.

Hlavní výzkumná otázka

Jak pracovníci v sociálních službách vnímají a hodnotí nynější život klientů v chráněném bydlení po transformaci?

Dílčí výzkumné otázky

DVO1: Jak pracovníci v sociálních službách vnímají nové sociální služby po transformaci?

DVO2: Jak pracovníci v sociálních službách vnímají osobní růst a dovednosti klientů po transformaci?

DVO3: Jak pracovníci v sociálních službách vnímají práci s klienty po transformaci?

DVO4: Jak pracovníci v sociálních službách posuzují spokojenost klientů a jejich příbuzných po transformaci?

2.2.2 Metodologie výzkumu

V rámci metodologie výzkumu byla vybrána kvalitativní výzkumná metoda polostrukturovaného rozhovoru pro posouzení dopadů transformace ústavních služeb (ÚSP) na chráněné bydlení. Tato metoda byla zvolena s cílem umožnit získat nejenom hluboké, ale i kontextově bohaté porozumění postojů, názorů a subjektivních zkušeností pracovníků přímé péče, kteří jsou klíčovými aktéry v daném procesu.

Kvalitativní výzkum

Kvalitativní výzkum je přístup k výzkumu, který se zaměřuje na hluboké porozumění složitým lidským jevům, procesům a interakcím. Místo kvantifikace se snaží popsat a interpretovat jevy, klade důraz na kvalitu dat a detaily.

Podle Hendla (2005) je kvalitativní výzkum definován jako proces, jehož cílem je dosáhnout hlubšího porozumění. Tento proces vychází z metodologických tradic zkoumání, které se zaměřují na hledání a objasňování poskytovaných informací, přičemž tímto způsobem přispívají k vysvětlení cílů konkrétního výzkumu.

Během procesu kvalitativního výzkumu jsou shromažďována slovní nebo obrazová data, jako jsou rozhovory, pozorování nebo texty. Tyto formy dat poskytují hlubší vhled do myšlení, emocí a postojů účastníků, což je klíčové zejména v oblasti péče o klienty v transformovaném prostředí.

Kvalitativní výzkum je zvláště užitečný při zkoumání komplexních otázek, které vyžadují hlubší porozumění lidského chování a zkušeností. Je běžně používán v sociologii, psychologii, antropologii, vzdělávání a dalších oborech.

Polostrukturovaný rozhovor

Mezi nejčastější metody pohovoru v rámci kvalitativního výzkumu patří polostrukturovaný rozhovor. V rámci něho je vytvářen určitý postup rozhovoru, kterého se dotazovaní během rozhovoru drží. Postup zahrnuje většinou sadu otázek, které jsou účastníkům kladeny.

Pořadí jednotlivých otázek je možné podle potřeby měnit s tím účelem, aby došlo k co největší využitosti rozhovorů.

K jednotlivým otázkám je vhodné doptávat se, zda-li byla otázka správně položena a dotazovaný ji správně pochopil. Současně aby došlo k případnému bližšímu vysvětlení položené otázky a odpovědi byly užitečné pro cíle výzkumu (Miovský, 2006).

Výběr dotazovaných respondentů

Pro účely polostrukturovaných rozhovorů v rámci kvalitativního výzkumu byl pečlivě vybrán specifický výzkumný soubor tvořený pracovníky v sociálních službách, kteří mají bezprostřední zkušenost s péčí o klienty před transformací (v ÚSP) i po transformaci (v Chráněném bydlení).

Účastníci byli vybíráni na základě jejich dlouhodobé praxe v poskytování péče v oblasti sociální práce, což zaručuje hluboké a objektivní pochopení vlivu transformace.

Provedení polostrukturovaných rozhovorů ve výzkumném souboru bylo realizováno s pěti účastníky.

Tab. 1: Dotazování respondenti

Dotazovaný respondent	Pohlaví	Věk	Délka pracovního poměru	
			před transformací	po transformaci
DR1	Žena	50 let	15 let	11 let
DR2	Žena	55 let	20 let	11 let
DR3	Žena	68 let	18 let	6 let
DR4	Žena	59 let	18 let	11 let
DR5	Žena	40 let	3 roky	11 let

Zdroj: vlastní zpracování, 2024

Etika výzkumu

Než byly uskutečněny samotné rozhovory s respondenty, byl získán souhlas jednotlivých pracovníků a současně souhlas jejich nadřízené osoby – ředitele Chráněného bydlení. Všechny účastníkům bylo vysvětleno, jaký je cíl rozhovorů. Byla jim slíbena zachování anonymity. Současně jim bylo slíbeno, že rozhovory budou po sepsání této práce vymazány, popřípadě poznámky skartovány.

Bylo dohodnuto, že nebude uveden název vybraného ÚSP a název Chráněného bydlení, současně respondenti budou označeny anonymně čísly DR1 – DR5.

Byl kladen důraz na to, aby se respondenti během rozhovoru cítili komfortně. Rozhovory probíhaly v přátelském a příjemném prostředí, které bylo za tímto účelem voleno respondenty. Dotazovaní účastníci odpovídali dobrovolně a mohli rozhovor z jakéhokoliv důvodu ukončit.

Popis vlastního výzkumu a organizace

Interpretaci dat byla provedena na základě výpovědí dotazovaných respondentů. Bylo hodnoceno, jak pracovníci přímé péče vnímají a hodnotí nynější život klientů v chráněném bydlení po transformaci.

Rozhovory s jednotlivými pracovníky byly zaznamenávány na diktafon. Délky jednotlivých rozhovorů byly 32 do 57 min.

Rozhovory se vztahovaly ke čtyřem dílčím výzkumným otázkám, zahrnovaly 19 podotázek.

Limity výzkumu

Výzkum byl limitován skutečností, že bylo zajištěno pouze 5 respondentů, kteří byly ochotni se zúčastnit polostrukturovaných rozhovorů.

Současně musely splňovat kritérium, že byly pracovníky v sociálních službách jak před transformací (pracovní poměr v ÚSP), tak po její transformaci (CHB).

Vlastním limitem bylo to, že se jednalo o první výzkum tohoto typu, který jsem prováděla.

2.3 Analýza a interpretace získaných dat

2.3.1 DVO1: Jak PSS vnímají nové sociální služby po transformaci?

V rámci této výzkumné otázky jsem se zaměřila a kladla jsem důraz na to, abych zjistila od komunikačních partnerů, jakým způsobem vnímají ze svého pohledu nově vzniklé sociální služby.

Kromě toho, že se všichni dotazovaní shodují na tom, že vznikaly nové sociální služby jako je denní stacionář, sociálně rehabilitační dílna a další ...

DR1: „Z Ústavu vznikly další sociální služby, které jsme neznali – DOZPěčko, chráněné bydlení, stacionář, odlehčovačka (pozn.: odlehčovací služba).

DR2: „Díky transformaci byly úplně nové služby, denní stacionář, kavárna, tam můžou pracovat a přivydělat si, taky je možnost individuálního bydlení ...“. se také shodují na tom, že vnímají na klientech velice prospěšnou změnu k lepšímu v tom, že mají nové možnosti zapojení do života a možnost seberealizace např. ve stacionářích.

DR5: „Rozhodně je fajn, že můžou jezdit do různých stacionářů, zahradní terapie je pro ně úplně perfektní, miluji to tam ...“.

Z výpovědí také vyplývá, jak pozitivně na klienty působí to, že mají nyní, po změně, možnost se začlenit do společnosti.

DR4: „Za mne je teda pro ně fakt dobrá ta kavárna (pozn.: sociálně rehabilitační dílna v rámci organizace) tam se hodně naučí a začlení se, chodí tam hodně lidí a maminy s děckama.“. A že se učí samostatnosti a spoléhat se na sebe.

DR5: „Změny byly v tom, že se klienti začali zapojovat do života tam, kde bydleli. Začalo je „být vidět. Začali si rozhodovat víc sami o svém životě ...“. Dotazovaní se shodují, že tyto služby nebyly v původním ÚSP vůbec možné.

2.3.2 DVO2: Jak pracovníci vnímají osobní růst a dovednosti klientů po transformaci?

U této výzkumné otázky bylo zjišťováno od komunikačních partnerů, jak po transformaci nahlíží na osobní růst klientů, jak se klienti posouvají v různých dovednostech a také v tom, jak se umí sami obsloužit. Byly zde zkoumány oblasti stravování, osobní hygieny, trávení volného času, lékařská péče, hospodaření s vlastními finančními prostředky, zaměstnání klientů na trhu práce a také osobní život klientů.

Dotazovaní se shodují v tom, že klienti si nyní po změně vybírají jídlo sami a mají možnost volby v mnoha oblastech.

DR2: „Strava to byla velká změna ... najednou si mohli vybírat“.

DR4: „O víkendech připravujeme společně sváteční obědy“.

DR5: „V Ústavu vařilo několik kuchařek. Bylo to taková vývařovna“.

Kromě toho jde z výzkumu jasně vidět, že je zde pozitivní změna i to, že jsou klienti zapojení do přípravy jídla a také do nakupování, s čímž souvisí i hospodaření s penězi a opět rozvoj v samostatnosti.

DR5: „V tomto je to posunulo hodně, klienti si chodí sami nakupovat“.

DR3: „Moc, mohli si začít rozhodovat o tom, co budou jíst a také se společně podílejí na nákupech na domácnost. Vidí, co kolik stojí“.

DR2: „Klienti si dělají snídani sami nebo s podporou“.

DR1: „Jídlo k obědu si přes týden vyberou podle jídelníčku“.

Všechny dotazované PSS se shodly na tom, že v současné době mají klienti větší možnosti volby. Dříve v ÚSP se vařilo ve velké kuchyni, klienti se na přípravě a zpracování jídla vůbec nepodíleli. Ze všech odpovědí je patrné, že tyto možnosti obyvatele CHB velice rozvíjí.

Dotazovaní se dále shodují na tom, že s hygienou v ÚSP pomáhali zaměstnanci více než nyní a že klienti jsou v častých případech samostatní a tolik pomoci nepotřebují.

DR1: „No to bylo moc fajn, vzpomínám si jak p. M vždycky při sprchování vtipkoval, že teď už mu nikdo nekontroluje, jestli jsem se dobře namydlil“.

DR2: „Většina se umí osprchovat samostatně. Šetří mi to čas na jiné činnosti s klienty“.

DR1: „... klient má svůj elektrický holící strojek, sám se oholí ...“

Také z výzkumu vyplynulo, že klienti mají nyní více soukromí na osobní hygienu a mají možnost osobní volby.

DR4: „V koupelně se můžou zamknout. Když nepotřebují podporu, vůbec jim třeba do koupelny nechodím.“

DR3: „Jezdila do Ústavu holička, stříhala a holila klienty hromadně ... Teď si to můžou řešit individuálně, jak chtějí“.

DR2: „Jak byla velká prádelna, mockrát se stalo, že se prádlo klientům ztratilo, sprchovat se můžou, kdy chtějí nebo když je potřeba, na zámku tam byly určené hodiny a dny, kdy se sprchovalo, holilo a stříhala ...“. Z uvedených výpovědí vyplývá, že dříve zajišťovali osobní hygienu klientů zaměstnanci v určeném časovém rozpisu. Nyní mohou klienti hygienu provádět dle svých preferencí nebo potřeby.

Z výpovědí můžeme pozorovat, že mají nyní klienti individuální možnost a volbu v oblasti trávení volného času a nemusí dělat to, co nechtějí.

DR3: „Když se jelo kdysi do kina, jeli všichni. Nikoho nezajímalo, jestli je ho to baví nebo ne“.

DR1: „Dřív bylo trávení volného času do kupy, výlety, dovolené ... Teď je to více individuální, každý je jiný“.

Naopak se výpovědi shodují v tom, že jejich volný čas je nyní velmi baví proto, že si klienti sami volí, co chtějí dělat a učí se tím i rozhodovat, jak stráví svůj volný čas.

DR5: „Mohli najednou chodit na akce, které sami chtěli, které je bavili. Mohli si prostě vybrat“.

DR2: „*Super je, že se N. může jezdit dívat na vlaky. Dřív by s ním nikdo na vlaky nešel*“.

DR4: „*... chtěli by dělat určitě víc věcí, ale na všechno nemají peníze*“.

Výpovědi se shodují v tom, že je pro klienty velmi pozitivní změna v trávení volného času.

DR3: „*Mají televizi ve společných prostorách, někteří dokonce na pokoji*“.

DR1: „*Někteří mají i své mobily, to nejde porovnat ...*“.

K velké shodě dotazovaných dochází u tématu lékařské péče, kde jsou dotazovaní za jedno v tom, že nyní doktor nejedí za klienty, ale klient chodí k lékaři tak, jak se mu to hodí, což je dle výpovědí praktičtější a individuálnější.

DR1: „*No to se taky hodně posunulo, vlastně kdysi docházel doktor za náma. Ted' klienti chodí za doktorem sami, nebo v doprovodu asistentky*“.

DR5: „*Doktor přijel třeba ráno, všichni klienti museli vstávat ... Ted' je to individuální*“.

DR2: „*... návštěvy doktorů v Ústavu, to skončilo, když nevoláme eRZetu (pozn.: záchraná služba)*“.

DR4: „*Doktoři přijeli ráno do baráku, byla tam ošetrovna, museli jsme klienty budit a byli hromadně prohlíženi*“.

Kromě toho se podle výzkumu samostatnější a šikovnější část klientů naučila samostatnosti v užívání léků.

DR3: „*Léky si vůbec nemohli brát sami ... ted' si ti schopnější berou samostatně nebo s asistencí*“.

DR5: „*... léky jim dávaly sestry ... ti šikovní si je chystají sami*“.

Co se týká hospodaření s penězi a finanční gramotnosti u klientů, vyplývá z výpovědi dotazovaných, že se shodují v tom, že dříve klienti nepřišli do kontaktu s penězi, na rozdíl od nynějšího stavu.

DR5: „*V Ústavu vůbec neexistovalo, že by mohli nakupovat ... peníze vlastně vůbec nepotkali*“.

DR4: „*... vůbec nemohli vědět, kolik co stojí ... byli úplně odstřiženi od reality ...*“.

Kromě toho se dotazovaní shodují v tom, že mají nyní klienti vlastní peníze, možnost se s nimi učit zacházet a také možnost vybrat a zvolit, co si koupí a za co je utratí, což je také baví.

DR2: „*... klienti si dnes mohou vybrat peníze z bankomatu za asistence ...*“.

DR1: „*... přijel k nám nějaký obchodník, sociální koupila pro klienty x stejných triček, x tepláků*“.

DR3: „*V Ústavu se do obchodu nejezdilo ... ted' si mohou kupovat věci, které chtějí nebo potřebují ...*“.

DR2: „*Paní J. chodí ted' sama do penáče (pozn: místní supermarket)*

Shoda byla nalezena i v rozhovorech na téma zaměstnání a práce klientů a to konkrétně v tom, že dříve klienti neměli možnost si vydělat tak, jako nyní po transformaci. Pracují např. v kavárně,

DR5: „*Dobrý je, že ted' mají tu kavárnu*“.

DR2: „Kdysi makali jenom v prádelně nebo kuchyni, nic za to neměli“.

DR3: „Před transformací nikdo nepracoval mimo, maximálně pomáhali třeba v prádelně na dohodu ...“.

DR2: „... nebo že by mohli vypomáhat mimo zámek (pozn.: Ústav), to si nepamatuju“.

DR3: „Ti schopnější mají možnost volby. Můžou pracovat. Někteří by chtěli makat i víc ...“.

DR4: „Určitě se zlepšují“.

Z výpovědí je zřejmé, že klienti mohou pracovat dle možností i mimo organizaci, jejich pracovní možnosti byly dříve velmi omezené.

Ve většině výpovědí můžeme najít velkou shodu, co se týče posunu v osobních životech klientů a to hlavně v jejich samostatnosti a v tom, jak se o sebe umí postarat, nebo se dokonce zcela osamostatnit, což je velký pokrok.

DR1: „Kdysi jedna naše klientka po přestěhování do chráněného bydlení začala pracovat, začala chodit mezi normální lidi, teď žije v podporovaném bydlení se svým přítelem“.

DR2: „Zlepšili se ve všem. Ve vaření, v nákupech, mají kamarády, jsou samostatnější ...“.

DR1: „Ten rozvoj je fakt vidět“.

DR1: „Vzpomínám si, když si měl L. vysát sám pokoj. Nechápal, jak to má dělat“.

DR.2: „Pan L. S panem P. jsou hlavní „pradlenky“. Starají se o prádlo všem“.

DR3: „Je fakt zvláštní, že ten rozvoj fakt nastal. Ale tak nějak přirozeně“.

DR5: „Museli najednou přemýšlet, jak to vyřešit“.

DR3: „Pamatuju si postupné osamostatňování H., byla jsem toho svědkem“.

Faktem zůstává, že ve valné většině výpovědí můžeme pozorovat shodu v tom, že možnosti, které nyní bydlení klientům nabízí jsou jednoznačně prospěšné pro jejich osobní rozvoj.

DR4: „Mohou žít v partnerském svazku, mít vztah ... i sex“.

DR2: „Vzpomínám si na A., ta měla dokonce společný pokoj se svým přítelem“.

DR4: „... jak měli svým způsobem najednou možnost více rozhodovat o svém životě ...“.

V rozhovorech můžeme vnímat velkou shodu, co se týká navazování partnerských vztahů.

DR3: „Občas to na domácnosti zaskřípe, ale vždycky se to dá nějak do kupy ...Mají tady to svoje“.

DR1: „... je dobrý, že mají ty svoje pokoje“.

DR1: „Jak mi řekl jeden klient, dřív se cítil jako ve vězení, teď se cítí jako člověk.“.

DR4: „Klesla určitě agrese u některých klientů“.

DR5: „... jak teď mají nové kamarády, ty dřív nemohli potkat ... se s nima potkají, volají si, napíšíou přes telefon ...“.

Respondenti se shodují na tom, že uživatelé CHB mají mnohem více možností se rozhodnout s kým a kdy budou kamarádit, díky tomu mají možnost větší seberealizace a lepšího sociálního kontaktu.

2.3.3 DVO3: Jak pracovníci vnímají práci s klienty po transformaci?

Dle výpovědí pracovníků můžeme vidět, že zde dochází ke shodě v tom, že i když nebylo v některých oblastech jednoduché transformaci udělat a také pracovníci nevěděli, co od toho očekávat, nakonec to vnímají jako pozitivní změnu. Jen 3 poslední odpovědi poukazují na problémy s alkoholem a finanční negramotností.

DR4: „Když se začalo stavět Chráněné bydlení, bouřili se sousedi, a dnes to žádnému sousedovi nevadí ...“.

DR2: „Rozhodně za mě se s klienty pracuje lépe teď ...“.

DR5: „... myslím si, že se více cítí teď jako doma ... jsou určitě klidnější, většinou ...“.

DR5: „... jen na vile, tam mi vadí ty jejich cigára a alkohol“.

DR2: „U samostatných klientů jsme několikrát řešili alkohol ... současně s práškama to není dobré“.

DR4: „... ten chlast a cigarety na vile, ten se už řešil několikrát.“

Podle dotazovaných respondentů vychází shoda v tom, že práce s klienty je po transformaci lepší, klienti jsou vyrovnanější, mají méně stresu.

Alkohol se objevuje jako problém pouze u klientů žijících v podporovaném bydlení.

2.3.4 DVO4: Jak pracovníci posuzují spokojenost klientů a jejich příbuzných po transformaci:

Ve výpovědích ohledně příbuzných se dotazovaní shodují v tom, že nyní po změně mají klienti větší soukromí na návštěvy a také svobodu v tom, jak společně tráví čas.

DR2: „... bylo normální, že se návštěvy potkávali jen na vrátnici“.

DR1: „... při návštěvách mají větší soukromí, můžou s klientem zůstat v pokoji nebo v domácnosti, můžou jít ven“.

DR3: „... mají větší svobodu, mohou jít do svého ...“.

Velký souhlas ve výpovědích je v tom, že uživatelé CHB mají mnohem více osobního soukromí v oblasti bydlení.

Velká většina se také shoduje, že je nyní stav lepší a klienti i jejich příbuzní jsou spokojenější.

DR3: „Hned bylo vidět, že byli spokojenější, začali za nima jezdit častěji rodiny“.

DR2: „Určitě pozitivní ... záleží také na klientovi, jestli se snaží ...“.

DR2: „Od rodin máme určitě dobrý reakce, někteří začali jezdit stopro častěji na návštěvy“.

DR5: „Jsem přesvědčená, že jsou určitě teď klidnější, více spokojenější“.

DR2: „... jak jich je míň a mají to svoje, nemají takovou ponorku ...

Z výpovědí dotazovaných vyplynulo, že také návštěvnost rodinných příslušníků podstatně vzrostla nejen díky většímu soukromí.

2.4 Interpretace a diskuse všech dílčích otázek výzkumu

Pracovníci jednoznačně vnímají změny po transformaci v sociálních službách a podpoře klientů, tedy proces „deinstitucionalizace“, pozitivně.

Po transformaci vznikly nové sociální služby, které dříve v Ústavu nebyly realizovány (chráněné bydlení, sociálně-rehabilitační dílna, denní stacionář, domov pro osoby se zdravotním postižením, odlehčovací služby, možnost podporovaného bydlení).

Každodenní činnost klientů je provázena také spoustou změn, které se jeví dle dotazovaných pracovníků jako pozitivní.

Hlavním cílem deinstitucionalizace je umožnit uživatelům ústavní péče vést život srovnatelný se životem zdravých vrstevníků, a to prostřednictvím podpory vývoje služeb, zejména osobní asistence, chráněného bydlení a služeb podpory samostatného bydlení (Matoušek, 2011).

Ve věci stravování si klienti mohou po transformaci sami rozhodovat o tom, jaké bude. Mají možnost se podílet na nákupu jídla a surovin, na jejich skladování, zpracování, přípravě a vaření, až po stolování a úklid. Toto dříve nebylo možné. Mohou tak více uspokojovat své chutě, mají větší motivaci si jídlo připravovat sami.

Samostatně se dle svých možností podílejí na chodu domácnosti, kde tyto práce vykonávají sami anebo s asistencí. Dříve tyto práce zajišťovali zaměstnanci, např. kuchařky, uklízečky, pracovníci prádelny. Hygienu mohou provádět dle svých preferencí nebo potřeby. Sami nebo s podporou si perou své osobní věci. Mají možnost zachovávat větší soukromí při provádění osobní hygieny.

Dříve nemohli klienti vůbec nakupovat. Neměli ani představu, co má jakou cenu. Po transformaci se sami učí rozhodovat o svých financích s podporou svého klíčového pracovníka nebo sociální pracovnice, učí se sami hospodařit se svými finančními prostředky od nákupů pro celou domácnost až po utrácení volných peněz pro své osobní potřeby. U individuálních nákupů získávají nově povědomí o možnostech výběru sortimentu zboží a služeb a také o jejich cenách. Mohou si lépe představit, co si mohou dovolit koupit. Někteří se učí šetřit a vzdělávají se ve

finančním plánování. Všichni mají svoje bankovní účty, kam jim přicházejí jejich příjmy (důchody, příspěvky, popřípadě odměna za práci a podobně). Matoušek (2013) ve své knize uvádí, že obyvatelé chráněného bydlení jsou motivováni a vedeni k nejvyšší samostatnosti. Mají možnost více rozhodovat o svých záležitostech, je respektována jejich dospělá role.

Ohledně jejich možnosti zaměstnání, eventualita výdělku původně téměř neexistovala. Po transformaci mají klienti úplně jiné možnosti. Mohou si přivydělat peníze nejen v rámci organizace, ale i mimo ni, tím si mohou jednoznačně rozšířit svoje šance na trhu práce.

Černá (2003) ve své literatuře zdůrazňuje význam práce. Práce pozitivně působí na sebeurčení člověka. Vytváření nových pracovních příležitostí je pro společnost finančně výhodnější než poskytování dávek v nezaměstnanosti. U osoby se zdravotním postižením status „být zaměstnán“ pozitivně působí na postoje společnosti k postiženým osobám a nakonec i na osobní spokojenost jednotlivce.

Klienti mohou lépe využívat svůj volný čas a to dle svých přání a potřeb. Mohou se více věnovat svým koníčkům a rozvíjet se. Dnes mají možnost navštěvovat různé stacionáře i mimo organizaci. Mohou jezdit na výlety a akce, které je zajímají. Dokonce i vícedenní výlety s možností přespání mimo svůj domov. Dříve se mohli zúčastnit hromadně pouze jednodenních výletů. Dříve nebyla například možnost individuálních výletů. Jezdilo se pouze hromadně a harmonogram byly pevně stanoveny. Také respondenti uvádí, že nyní si různé aktivity užívají mnohem více, protože si mohou sami určit a naplánovat, co budou chtít dělat (Sobek a kolektiv, 2007).

Klienti po transformaci mají možnost využívání většího soukromí, mají své vlastní pokoje, které zaručují jejich opravdové soukromí. Někteří mohou mít na pokojích vlastní televize nebo jinou elektroniku, kterou mohou soukromě užívat. Bez jakéhokoliv vlivu okolí. Mohou v soukromí přijímat návštěvy. Toto tvrzení je podloženo i literaturou (Matoušek, Kolářková, Kodymová, 2010). Podpora od PSS by měla být poskytována jen v záležitostech, které uživatel sám nezvládá. Naopak tam, kde si umí poradit, by měl mít dostatek prostoru pro své řešení.

Lékařská péče je více individuálně zaměřena na potřeby konkrétních klientů. Tito se učí samostatnosti a odpovědnosti péče o svoje zdraví, někteří si připravují i léky sami. Vybraní chodí dokonce k lékařům i samostatně v místě bydliště, někteří s podporou, kdy docházejí do jejich ordinací nebo do nemocnice. Toto tvrzení doplňuje literatura (Matoušek, Kolářková, Kodymová, 2013). Rozsah asistence závisí na potřebách klientů.

Matoušek a Kříšťan (2013) zdůrazňují, že obsah, forma, intenzita a rozsah poskytovaných služeb by měly být individuálně přizpůsobeny potřebám klienta s cílem zachovat co nejvyšší míru samostatnosti a nezávislosti. Klienti mohou po transformaci žít v partnerských svazcích, mohou sdílet společné bydlení, mohou žít sexuálním životem. Klienti mají možnost si vytvářet nová přátelství i mimo chráněné bydlení. Mohou mít po splnění určitých podmínek „vlastní“ domácí mazlíčky, kteří přinášejí spoustu dalších výhod (terapie, menší stres, lepší nálada, zodpovědnost, ...).

Z provedeného výzkumu vyplývá, že transformací z ústavní péče na chráněné bydlení dochází ve většině případů k usnadnění práce s klienty. Klienti mají větší soukromí, lze k nim více individuálně přistupovat, je možné se lépe věnovat jejich osobním potřebám a přáním, je lépe možné individuálně přistupovat k jejich léčebným potřebám a péči. Klesá mezi nimi napětí a agrese.

Pracovníci vnímají jednoznačně spokojenost klientů po transformaci a to téměř okamžitou. Transformace je pozitivně vnímána i rodinnými příslušníky klientů. Jsou zaznamenány častější

návštěvy příbuzných klientů, což má jednoznačně pozitivní vliv na jejich spokojenost. Dříve nebyly v ústavní péči ani vhodné podmínky pro společné návštěvy (tyto byly realizovány „na vrátnici“ Ústavu, opuštění Ústavu s příbuznými se téměř neprovádělo). Dnes mohou příbuzní trávit čas s klienty v jejich soukromí, což je motivuje k častějším návštěvám. Příbuzní mohou s nimi odcházet mimo Chráněné bydlení, klienti mohou jezdit ke svým příbuzným a podobně. Tyto skutečnosti posilují u klientů přirozené sociální vazby se svými rodinami. Toto tvrzení je podloženo literaturou. Výsledný provoz a struktura sociálních služeb jsou primárně zaměřeny na potřeby uživatelů služeb a jejich sociální začlenění, klienti nejsou vystaveni institucionalizaci (Adamec, Fiedlerová, Hradilková, Paleček, Šveřepa, 2013).

Dle provedeného výzkumu vyplynulo, že transformace byla pozitivní. Bydlení po transformaci vnímají pracovníci v sociálních službách převážně ve prospěch klientů téměř ve většině odvětví jejich života.

Uživatelé Chráněného bydlení se většinou po transformaci rozvíjejí v sebeobslužnosti, v hospodaření s penězi, v koníčcích, v sociálních vztazích, a podobně.

Lépe si mohou udržet vlastní míru samostatnosti, neboť se zapojují do běžných činností (např. stravování, úklid, nákupy ...). Klienti jsou motivováni provádět činnosti, které umí sami zvládnout. Jsou zapojeni lépe do běžného života, ale současně mají k dispozici péči prostřednictvím asistence, kterou potřebují. Klienti mají možnost více rozhodovat o vlastních záležitostech, než tomu bylo dříve v ústavní péči, kde byli „přepečováváni“. Dalším zásadním problémem je, že lidé s mírným stupněm postižení často dostávají více péče než potřebují, zatímco ti s těžkým stupněm postižení mají často zajištěny pouze základní fyziologické potřeby. Výsledkem je, že klienti ústavní péče se stávají závislými na těchto službách (Matoušek, 1999).

Z prováděného výzkumu lze konstatovat, že se po transformaci jednoznačně zvyšuje kvalita života klientů. Dochází k rozvoji jejich schopností a dovedností. Současně se zlepšuje sociální zařazování klientů do „běžného života“. Jak ve své knize uvádí Sobek a kol., potřeby klientů byly spíše upozadovány. Byl kladen důraz na přizpůsobení se instituci. Skutečnosti nahrávalo i to, že většina obyvatel Ústavu byla zbavena způsobilosti, podle dřívější terminologie „byli nesvéprávní“ (Sobek a kol., 2007).

Závěr

Tato bakalářská práce se zabývá změnami, které přinesla transformace z původního ÚSP na Chráněné bydlení a jak tyto změny vnímají PSS. V rámci práce bylo zjišťováno, jaké změny u uživatelů nastaly v oblastech sebeobsluhy, hospodaření s financemi, zaměstnání, volnočasových aktivit, lékařská péče a v péči o svou domácnost. A jak tyto změny vnímají pracovníci v sociálních službách.

Výzkum byl realizován ve vybraném zařízení Kraje Vysočina, které prošlo transformací z původního ÚSP.

Práce je rozdělena do dvou částí, teoretickou a praktickou.

V první teoretické části byly vymezeny pojmy jako sociální služby, PSS, pobytové sociální služby, dále byl popsán teoretický proces transformace, jeho rizika a deinstitutionalizace. Dále co je humanizace a princip normality.

V praktické části je popsán popis historie vybraného ÚSP a konkrétní transformace ÚSP na CHB. Následně byly pomocí kvalitativního výzkumu, konkrétně pomocí polostrukturovaných rozhovorů, zkoumány názory PSS, které pracovali v ÚSP a dále pak v Chráněném bydlení.

Bylo sledováno, jaké změny nastaly v životě uživatelů, jak se rozvíjela jejich samostatnost a další dovednosti po přechodu z ÚSP do Chráněného bydlení.

V rámci této práce bylo zjištěno, že proces transformace byl pozitivní. U klientů došlo k vyšší samostatnosti, k menší závislosti na službách. CHB jednoznačně uživatele přibližuje k životu běžných vrstevníků a mohli vést kvalitnější život.

Doporučení pro praxi

Bakalářská práce by mohla být prospěšná pro ústavní zařízení, které by se chtělo transformovat, a nebo zvažuje, zda-li by mělo tento proces uskutečnit.

Může být také přínosem pro sociální a zdravotní pracovníky (nebo studenty), kteří se chtějí seznámit, co proces transformace může přinést a jak může ovlivnit jeho přímé účastníky.

Seznam použité literatury:

ADAMEC, Aleš, Jana FIEDLEROVÁ, Terezie HRADILKOVÁ, Jan PALEČEK a Milan ŠVAŘEPA. *Manuál transformace ústavů: Deinstitutionalizace sociálních služeb*. Praha: MPSV, 2013. ISBN 978-80-7421-057-0.

ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 2. Vyd. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-3071-7.

ČESKO. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Bílá kniha v sociálních službách* [online]. ADOC.PUB., © 2023 [cit. 2023-11-06]. Dostupné z: <https://adoc.pub/bila-kniha-v-socialnich-slubach.html>.

ČESKO. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Kritéria transformace, humanizace a deinstitutionalizace vybraných služeb sociální péče. Příloha č. 1B. (Verze podle pokynu č. 1 ze dne 25.10.2011). MPSV ČR, © 2006 [cit. 2023-11-06]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/priloha_1B.pdf/9897800d-ed70-729e-8df7-b1fa0f5cbb87

ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 31. března 2006 o sociálních službách zákonů ve znění pozdějších předpisů. In: MPSV.cz. [online] 2006, částka 36. s. 6. [cit. 13.4.2024] Dostupný také z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporu%C4%8Den%C3%BD+postup+%C4%8D.2_2019.pdf/49953b5c-93c2-95ff-8b3c-1accb6b50b7e

ČESKO. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Národní akční plán sociálního začleňování na léta 2004–2006 [online]. MPSV, © 2006 [cit. 2023-11-06]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/833915/220704.pdf>.

ČESKO. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016-2025[online]. *Ministerstvo pro místní rozvoj ČR*, © 2023 [cit. 2023-11-06]. Dostupné z: <https://www.databaze-strategie.cz/cz/mpsv/strategie/narodni-strategie-rozvoje-socialnich-sluzeb-2016-2025?typ=struktura>.

ČESKO. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Podpora procesu deinstitutionalizace a transformace sociálních služeb v ČR. MPSV, © 2021 [cit. 2023-11-06]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/index.php/projekty-mpsv/#PTSS>

ČESKO. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Priority rozvoje sociálních služeb na období 2009-2012 [online]. MPSV, © 2006 [cit. 2023-11-06]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Priority_rozvoje_soc_sluzeb.pdf/50d6ffd5-5b75-0c84-7eca-10420e12fd4d.

ČESKO. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Příloha k výzvě k předkládání žádosti o podporu z Operačního programu zaměstnanost Č. výzvy: 03_16_066. MPSV, © 2006 [cit. 2023-11-20]. Dostupné z: <https://www.esfcr.cz/vyzva-c-66/-/dokument/5693917>.

ČESKO. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Společné doporučení ministerstva práce a sociálních věcí a veřejného ochránce práv k chráněnému bydlení. MPSV, © 2006 [cit. 2023-11-06]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/-/spolecne-doporuceni-ministerstva-prace-a-socialnich-veci-a-verejneho-ochrance-prav-k-chranenemu-bydleni>.

ČESKO. Usnesení vlády ze dne 21. února 2007. Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti. [online]. MPSV, © 2006 [cit. 2023-11-06]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/koncepce-podpory-transformace-pobytovych-socialnich-sluzeb>.

ČESKO. Vyhláška č. 182 ze dne 25. května 1991 ministerstva práce a sociálních věcí České republiky, kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1991, částka 37. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/print/cs/1991-182/zneni-20110101.htm?sil=1>.

ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 31. března 2006 o sociálních službách zákonů ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 36.

Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0139-7.

JOHNOVÁ, Milena. *Zkušenosti s transformací ústavní péče*. In: *Quip – Společnost pro změnu* [online]. Květen 2008, [cit. 2023-11-20]. Dostupné z: <https://old.kvalitavpraxi.cz/res/archive/005/000637.pdf?seek=1212135590>

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

KRÁLOVÁ, Jarmila a Eva RÁŽOVÁ. *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. Olomouc: Anag, 2003. ISBN 80-7263-168-3.

MATOUŠEK, Oldřich a Alois KŘIŠŤAN. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.

MATOUŠEK, Oldřich et al.. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.

MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. ISBN 80-858-5076-1.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2. Vyd. Praha: PORTÁL, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: GRADA, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.

OSN. Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením. [online]. MPSV, © 2006 [cit. 2023-11-06]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/umluva-osn-o-pravech-osob-se-zdravotnim-postizenim>.

SOBEK, Jíří a a kol. *Práva lidí s mentálním postižením: Příručka pro poskytovatele sociálních služeb*. Praha: Portus Praha, 2007. ISBN 978-80-239-9399-8.

ŠESTÁKOVÁ, Irena, Nadě FRANCOVÁ, Jiří SOBEK a Jitka PROCHÁZKOVÁ. *Bydlení (nejen) pro lidi s mentálním postižením*. Praha: AMOS, 2012. ISBN 978-80-7421-042-6.

ŠIŠKA, Jan. *Mimořádná dospělost: edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0992-4.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál, 2006 ISBN 80-736-7060-7.

VÁVROVÁ, Soňa et al.. *Kontext transformace pobytových sociálních služeb: monografie*. Zlín: Fakulta humanitních studií Univerzity Tomáše Bati, 2009. ISBN 978-80-7318-869-6.