

**Univerzita Palackého v Olomouci**  
**Filozofická fakulta**  
Katedra sociologie a andragogiky

**POPIS PROCESU INTEGRACE KLIENTŮ ÚSTAVU**  
**SOCIÁLNÍ PÉČE JINOŠOV**  
**THE DESCRIPTION OF CLIENTS INTEGRATION PROCESS IN**  
**THE SOCIAL CARE HOME JINOŠOV**  
Bakalářská diplomová práce

**Marie Hrubá**

Vedoucí bakalářské diplomové práce: Mgr. Pavel Veselský, Ph. D.

Olomouc 2011

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Olomouci dne 30. března 2011

.....

vlastnoruční podpis

*Poděkování*

*Děkuji vedoucímu bakalářské diplomové práce Mgr. Pavlu Veselskému, Ph.D. za jeho cenné rady a připomínky, a také respondentům za čas a ochotu při poskytování rozhovoru.*

### **Abstrakt**

Proces transformace podporuje sociální začleňování osob s mentálním postižením a umožňuje vznik sociálních služeb v přirozené komunitě. Práce shrnuje historii péče v klasickém institucionalizovaném prostředí Ústavu sociální péče Jinošov, popisuje průběh změn při zahájení transformace a integraci klientů. Vychází z teoretických znalostí v ČR i ve světě a z praktických zkušeností získaných sociální prací s osobami s mentálním postižením. Praktická část a závěr jsou věnovány šetření hodnotícímu přínos pro integrované klienty a zjištění spokojenosti uživatelů sociálních služeb transformujícího se „Domova bez zámku“ a celkovému zhodnocení.

### **Abstrakt**

The process of transformation supports social inclusion of mentally handicapped people and it enables to found social services in natural community. This thesis summarizes the history of care in classical institutionalized setting of Social care home in Jinošov, it describes the process of changes since the beginning of transformation and integration of the clients. It is based on theoretical models of the Czech Republic and other countries and on gained practical experience with social work with mentally handicapped persons. The practical part and conclusion of this thesis concern rating examination of profits of integrated clients, findings on satisfaction of social services users of transforming “The home without locks” and complex valuation.

## OBSAH

<b>Úvod</b> .....	<b>6</b>
<b>1 Charakteristika mentálního postižení</b> .....	<b>8</b>
1.1 Klasifikace mentálního postižení .....	8
1.2 Zvláštnosti kognitivních procesů.....	11
<b>2 Historie ústavní péče</b> .....	<b>13</b>
2.1 Historie ústavní péče .....	13
2.2 Zkušenosti s ústavní péčí v zahraničí a ČR .....	14
<b>3 Přístup k osobám s mentálním postižením</b> .....	<b>17</b>
3.1 Sociální péče před úpravou ze zákona .....	17
3.2 Změny po přijetí nové legislativy .....	19
3.3 Nové trendy v péči .....	21
3.4 Způsobilost k právním úkonům .....	24
<b>4 Historie pobytových služeb v Ústavu sociální péče Jinošov</b> .....	<b>27</b>
4.1 Historie ústavu sociální péče .....	27
4.2 Podoba poskytované sociální péče .....	28
<b>5 Ústav sociální péče Jinošov v posledních letech</b> .....	<b>30</b>
5.1 Úvodní slovo k praktické části .....	30
5.2 Zavádění standardů kvality v ÚSP Jinošov .....	31
<b>6 Transformace sociálních služeb</b> .....	<b>35</b>
6.1 Průběh transformace .....	35
6.2 Podoba transformace ÚSP Jinošov .....	37
<b>7 Integrace klientů</b> .....	<b>41</b>
7.1 Integrace, její podoba a vznik chráněného bydlení .....	41
7.2 Současný způsob života klientů .....	44
7.3 Úprava způsobilosti k právním úkonům .....	50
7.4 Změny v personálním obsazení .....	52
<b>8 Přínos integrace pro klienty</b> .....	<b>54</b>
8.1 Vyhodnocení informací týkajících se respondentů .....	58
8.2 Vyhodnocení změn v životě klientů .....	58
8.3 Vyhodnocení současné spokojenosti respondentů .....	66
8.4 Vyhodnocení informací o novém způsobu života .....	69
<b>Závěr</b> .....	<b>76</b>
<b>Seznam použité literatury</b> .....	<b>80</b>
<b>Příloha</b> .....	<b>82</b>

## ÚVOD

Kdybychom si mohli vybrat, jaký život chceme žít, určitě by si nikdo z nás dobrovolně nevybral život osoby s mentálním postižením. Být omezen tímto hendikepem, a k tomu žít ve společnosti, která vás nenechá o sobě rozhodovat často ani v těch věcech, ve kterých byste se rozhodnout uměli a mohli, není jistě příliš dobrá vyhlídka. A pokud bychom brali v úvahu, že nebudete žít doma, ve své domácnosti s nejbližšími lidmi, ale v institucionalizované péči, kterou pro vás často někdo jiný vybral jako nejlepší řešení vaší situace, bude tento druh života žádaný ještě méně.

Jaký je tedy nejlepší způsob života pro člověka s mentálním postižením? Na tuto otázku není jednoznačná odpověď, jako není jednoznačná odpověď na otázku, jak prožít život coby osoba bez hendikepu. Kolik je na světě lidí, tolika různými životy žijí. Není možné vymyslet jeden způsob péče a aplikovat jej na všechny osoby s mentálním postižením. Tím bychom se dopouštěli chyb používaných při péči dřívějším režimem. Každému bude vyhovovat jiný druh péče, v rozličném prostředí, různé kombinace profesionální a domácí péče podle individuálních potřeb každého člověka.

Poněvadž jsem dříve pracovala jako sociální pracovník s osobami s mentálním postižením v Ústavu sociální péče Jinošov, velice mě zajímají změny, které se zde nyní odehrávají. Z důvodu havárie objektu klienti opustili nevyhovující prostory zastaralého ústavu a začínají se začleňovat do přirozeného společenství. O tom, co to pro ně znamená, co jim integrace přináší a jak probíhá, by měla pojednávat tato bakalářská práce. Proto jsem si za její téma zvolila „Popis procesu integrace klientů Ústavu sociální péče Jinošov“.

Uživatelům se nabízí nový způsob života. Prozatím žijí na ubytovnách, ale už se pro ně v rámci transformačních aktivit připravuje nové bydlení a služby odpovídající moderním trendům. Ústav sociální péče Jinošov je totiž zařazen mezi čtyři zařízení v ČR, kde se započalo s transformačním procesem. Doufejme, že po jeho dokončení bude tento

model sloužit jako příklad dobré praxe i ostatním zařízením sociálních služeb a hlavně, že největší přínos bude pro klienty samotné.

Cílem této práce je popsat proces integrace klientů Ústavu sociální péče Jinošov a provést šetření, ve kterém zhodnotím, zda probíhající integrace je pro klienty přínosem. Vyhodnocení proběhne na základě konfrontace poskytovaných služeb Ústavem sociální péče Jinošov a nynější podobou poskytovaných služeb Domovem bez zámku. Dále budu zkoumat současnou spokojenost uživatelů s poskytovanými službami.

Bakalářská práce bude členěna na část teoretickou a na část praktickou.

V teoretické části se budu věnovat charakteristice mentálního postižení, historii ústavní péče u nás a její současné podobě v zahraničí. Přiblížím přístup k osobám s mentálním postižením a další nové trendy v této oblasti. V poslední kapitole teoretické části představím historii a podobu pobytových služeb Ústavu sociální péče Jinošov.

Praktická část bude věnována nejprve Ústavu sociální péče Jinošov, přičemž se zaměřím na podobu péče v posledních letech. Pozornost budu věnovat i průběhu transformačního procesu a událostem, které k němu vedly. Popíšu integraci klientů, současný způsob jejich života a aktuálně poskytované sociální služby. Budu charakterizovat i personální změny, které jsou nedílnou součástí transformace.

Poslední osmou kapitolou směřuji k cíli praktické části. Provedením dotazníkového šetření a následnou analýzou získaných dat budu hodnotit, zda je probíhající integrace a aktuální stav poskytované sociální služby oproti minulosti pro klienty přínosem a zda jsou s poskytovanými službami spokojeni.

V závěru textu shrnu výsledky, ke kterým jsem dospěla v rámci šetření.

# 1 Charakteristika mentálního postižení

Poněvadž je poskytovaná sociální služba v Ústavu sociální péče Jinošov zaměřena na cílovou skupinu mužů i žen s mentálním a kombinovaným postižením ve věku nad osmnáct let, věnuji se v první kapitole všeobecné charakteristice mentálního postižení. Nejprve se budu zabývat definicí mentálního postižení, poté klasifikací podle Mezinárodní klasifikace nemocí a popisem jednotlivých kategorií. Ve druhé podkapitole vystihnu zvláštnosti kognitivních procesů osob s mentálním postižením.

## 1.1 Klasifikace mentálního postižení

Mentálním postižením nebo mentální retardací nazýváme „trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku poškození mozku. Mentální postižení není nemoc, je to trvalý stav, který je způsobený neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku“<sup>1</sup>.

Označení mentální retardace se váže na zaostávání vývoje rozumových schopností jedinců, na odlišný vývoj některých psychických vlastností a na poruchy v adaptačním chování.<sup>2</sup> Mezi osobami s mentálním postižením jsou velké individuální rozdíly v rozumových schopnostech a psychických vlastnostech.

Vedle pojmu osoby s mentálním postižením či retardací se můžeme také setkat s názvem „osoby s potížemi v učení“<sup>3</sup>. Je to novější pojem, který umožňuje pojmenování, které na rozdíl od označení „mentální postižení“ či „retardace“ v sobě nenese znaky negativní nálepky.

Mentální retardace představuje snížení úrovně rozumových schopností v psychologii označovaných jako inteligence.<sup>4</sup> Proto uvádím hodnoty IQ u jednotlivých kategorií, které jsou však u osob s mentálním postižením obtížně měřitelné. Důvody mohou být různé, například omezení komunikačních schopností testované osoby, nepochopení vyšetřujícímu,

---

<sup>1</sup> ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006, s. 29.

<sup>2</sup> ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006, s. 28.

<sup>3</sup> <http://www.kvalitavpraxi.cz/hodnoceni-miry-potrebne-podpory.html> 6.10.2010

<sup>4</sup> ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006, s. 31.

špatný momentální psychický stav, nedůvěra k vyšetřujícím, nebo nepřihlednutí k prostředí, ze kterého testovaná osoba pochází.

**Klasifikace** podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí<sup>5</sup>:

- lehká mentální retardace, IQ 50 – 69,
- středně těžká mentální retardace, IQ 35 – 49,
- těžká mentální retardace, IQ 20 – 34,
- hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20,
- jiná mentální retardace,
- nespecifikovaná mentální retardace.

Švarcová uvádí, že na úrovni **lehké mentální retardace** osoby dosáhnou schopnosti užívat řeč účelně a v každodenním životě, udržovat konverzaci, i když si mluvu osvojují opožděně. Většina těchto lidí dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči (jídlo, mytí, oblékání, hygienické návyky) a v praktických dovednostech, i když vývoj je mnohem pomalejší. Mnozí mají specifické problémy se čtením a psaním. Většina osob je schopná vykonávat práci, která vyžaduje spíše praktické než teoretické schopnosti, včetně nekvalifikované nebo málo kvalifikované manuální práce.<sup>6</sup>

Téměř všechny tyto osoby jsou dostatečně vybaveny pro běžný život a pro výkon denních činností s nízkou mírou podpory ostatních.

U jedinců se **středně těžkou mentální retardací** je opožděn rozvoj chápání a užívání řeči. Podobně je také opožděna a omezena schopnost starat se sám o sebe a zručnost. Osoby si mohou při kvalifikovaném vedení osvojit základy čtení, psaní a počítání. V dospělosti jsou tyto osoby obvykle schopny vykonávat jednoduchou manuální práci za odborného dohledu, obzvláště jsou-li úkoly pečlivě strukturovány. V dospělosti je jen zřídka možný úplně samostatný život. Zpravidla bývají tito lidé plně mobilní a fyzicky aktivní, jsou schopni navazovat kontakt, komunikaci s druhými a podílet se na jednoduchých sociálních aktivitách. Rovněž rozvoj řeči je variabilní.<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006, s. 33.

<sup>6</sup> ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006, s. 33 – 34.

<sup>7</sup> ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006, s. 34 – 35.

Kategorie **těžká mentální retardace** je v mnohém podobná středně těžké mentální retardaci. Snížená úroveň schopností je však mnohem výraznější. Většina jedinců, na rozdíl od předcházející kategorie, trpí značným stupněm poruchy motoriky, nebo jinými přidruženými vadami. Včasná kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich samostatnosti a celkovému zlepšení kvality života.<sup>8</sup>

Jedinci s **hlubokou mentální retardací** jsou těžce omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům či instrukcím, nebo jim vyhovět. Většina osob je imobilní, nebo výrazně omezená v pohybu. Osoby bývají inkontinentní, mají nepatrnou či žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby a vyžadují stálou pomoc a stálý dohled. Chápání řeči je zpravidla omezeno na reagování na zcela jednoduché požadavky.<sup>9</sup>

Osoby s mentálním postižením tvoří jednu z nejpočetnějších skupin mezi všemi osobami se zdravotním postižením. Na základě kvalifikovaných odhadů se uvádí, že tvoří asi 3% populace, z nichž největší počet - téměř 2,6 % - připadá na osoby postižené lehkou mentální retardací.<sup>10</sup>

Obdobné procento (3 - 4 %) osob s mentálním postižením v populaci uvádí internetový server Dobromysl, poskytující komplexní informace o stránkách života s mentálním postižením a autismem.<sup>11</sup>

Další **rozdílení** klientů s mentálním postižením, které se hojně využívá v praxi, je na základě **posuzování nezbytné míry podpory**:

- nízká míra podpory uživatele,
- střední míra podpory uživatele,
- vysoká míra podpory uživatele.

Ve snaze o nediskriminování se někdy zapomíná, že brát lidi s mentálním postižením vážně, neznamená přehlížet jejich postižení. Znamená to brát je vážně i s jejich postižením.<sup>12</sup>

---

<sup>8</sup> ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006, s. 35.

<sup>9</sup> ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006, s. 36.

<sup>10</sup> ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006, s. 38-39.

<sup>11</sup> <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=32> 23.10.2010.

## 1.2 Zvláštnosti kognitivních procesů

Potřeba poznávat okolní svět je podněcující silou celého psychického vývoje, u osob s mentální retardací je tato základní funkce lidské psychiky rozvinuta v menší míře.<sup>13</sup>

Zvláštnosti u osob s mentálním postižením se vyskytují také ve vnímání. Počítky a vjemy se vytvářejí pomalu a s množstvím nedostatků, což má vliv na další průběh psychického vývoje. Inaktivita se projevuje absencí snahy prohlédnout si předmět do všech detailů, vyznat se ve všech jeho vlastnostech a zajímat se o jeho podstatu a funkci.<sup>14</sup>

Přestože jsou počítky a vjemy nedokonalé, jejich kvalitu je možné zlepšovat takovými prostředky, jako je obohacování životních zkušeností jedinců, rozšiřování okruhu jejich znalostí a představ. Velkou chybou je nedostatek podnětů, což brzdí rozvoj vnímání, zpomaluje rozvíjení myšlení, a tím prohlubuje mentální retardaci.<sup>15</sup>

Myšlení můžeme zjednodušeně definovat jako „poznávací proces probíhající mezi člověkem a okolím“<sup>16</sup>. Právě u mentálního postižení se jako základní znak uvádí porušení poznávací činnosti. Nízká úroveň myšlení také souvisí s nedostatečným rozvojem řeči jako základního nástroje myšlení. Velmi omezená je schopnost abstrakce a zobecňování, pouze u lehčích forem mentální retardace se může myšlení dostat za hranice konkrétnosti. Osoba s mentálním postižením spíše vzpomíná, než přemýšlí, myšlení je chudé, nesoustavné, omezuje se na konkrétní situační souvislosti mezi předměty a jevy. Dalším nedostatkem je slabá řídicí úloha myšlení, jedinec zpravidla nepromýšlí své jednání a nepředvídá jeho důsledek. Chybějící kvalita v myšlení, tzv. sekvenční myšlení, ovlivňuje vnímání logické posloupnosti a časové návaznosti.<sup>17</sup>

---

<sup>12</sup> PÖRTNER, Marlis. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009, s. 71.

<sup>13</sup> ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006, s. 43.

<sup>14</sup> ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006, s. 45.

<sup>15</sup> ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006, s. 45.

<sup>16</sup> HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. vyd. 1. Praha: Portál, 2000, s. 332.

<sup>17</sup> ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006, s. 46 - 47.

Problém sekvenčního myšlení vyvstane při plánování času. Jedinec často není schopen odhadnout, jak dlouho bude činnost trvat, nedokáže dodržet domluvený termín schůzky, chodí pozdě. Nedokonalé sekvenční myšlení bývá překážkou při dodržování stanoveného pracovního postupu, je tedy nutný dohled jiné osoby, nebo jen výkon jednoduchých stereotypních pracovních činností.

Také paměť osob s mentální retardací vykazuje určitá specifika. Jedinci si vše nové osvojují pomalu a po mnohačetném opakování. Všechny nedostatky vychází ze zvláštností vyšší nervové činnosti, z tendence podmíněných spojů vyhasínat rychleji.<sup>18</sup>

Pokud je jedinci s mentálním postižením věnována intenzivní kvalifikovaná péče, lze dosáhnout výrazného zlepšení jeho rozumových schopností. Navíc kvalita života nezávisí jen na inteligenci, ale na mnoha dalších faktorech, zejména na míře rozvoje motoriky, na samostatnosti a schopnosti sebeobsluhy, a na řadě praktických dovedností.<sup>19</sup>

Přestože jsou kognitivní procesy osob s mentálním postižením více či méně omezené, nezřídka umožňují žít těmto osobám po emocionální stránce rozvinutý život, poměrně málo se lišící od citového života nepostižených jedinců. Navíc každá osoba s mentální retardací je svébytnou osobností s vlastními lidskými potřebami a problémy a s vývojovými potencialitami, které je možné podporovat a rozvíjet.<sup>20</sup>

V následující kapitole se zabývám životem osob s mentálním postižením v dřívějších dobách, kdy ještě nebyly známy informace o jejich zdravotním postižení a často jediným řešením bylo tyto lidi nejrůznějším způsobem vyloučit ze společnosti, nebo je zneužívat k práci jako levnou pracovní sílu. Tento přístup se uplatňoval bohužel ještě nedávno, u nás docházelo až po roce 1989 ke změnám v myšlení o osobách s mentálním postižením. A na to, jak vypadá situace s ústavní péčí v ostatních vybraných zemích, se zaměříme taktéž v další kapitole.

---

<sup>18</sup> VALENTA, Milan, KREJČÍŘOVÁ, Olga. *Psychopedie*. vyd. 1., Olomouc: Netopejr, 1997, s. 58.

<sup>19</sup> ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006, s. 15.

<sup>20</sup> ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006, s. 31.

## 2 Historie ústavní péče

V této kapitole přiblížím historii institucionalizované péče o osoby se zdravotním postižením a její další vývoj. Uvádím i některé zkušenosti s ústavní péčí ve vybraných zahraničních zemích.

### 2.1 Historie ústavní péče

První zmínky o ústavní péči se týkají ústavů léčebných, a to již ve starověkém Egyptě. Z antiky se nedochovaly žádné konkrétní zprávy o zařízeních pro osoby se zdravotním postižením. Nepodařené a nechtěné děti byly v té době zabíjeny, případně odkládány. Zakládání útulků pro lidi s postižením a pro děti bez rodin se objevuje až s křesťanstvím, které odvozuje nutnost vzájemné pomoci z ideálu solidarity občanů.<sup>21</sup>

Změna nastala v historii s prosazením tzv. domovského práva, které v našich zemích uzákonil Ferdinand I. v roce 1552. V něm se poprvé ukládá povinnost obci pečovat o své chudé. Obec se tak stává vedle církve dalším zřizovatelem ústavů pro lidi, kteří postrádají rodinné zázemí, nebo základní prostředky k udržení života. V této době není rozvíjena péče o lidi s mentálním postižením, nebo duševní nemocí. Až koncem sedmnáctého století začínají být osoby s mentálním a psychickým postižením vylučovány ze společnosti a jsou pro ně zřizovány velké ústavy. Avšak v těchto zařízeních jsou drženi zároveň i kriminální osoby, propuštěnci vojska a chudí. Tyto osoby jsou využívány v době průmyslové revoluce, jako laciná pracovní síla k práci v ústavních dílnách. Později začíná velké ústavy zakládat stát, nejsou již zařízeními církevními, a postupně se také specializují. V devatenáctém století se začíná používat názvů jako trestnice, nemocnice, polepšovna, starobinec apod.<sup>22</sup>

Až koncem devatenáctého a začátkem dvacátého století dochází ke změně, kdy ústavy původně sloužící k vylučování lidí ze společnosti, se začínají orientovat více na potřeby klientů. Tento trend se soustředil v šedesátých letech i na ochranu klientů před nároky vnějšího světa,

---

<sup>21</sup> MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. 1. vyd. Praha: SLON, 1995, s. 26 – 27.

<sup>22</sup> MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. 1. vyd. Praha: SLON, 1995, s. 29 – 30.

do něhož mohla být paradoxně počítána i klientova rodina. Dnešním ideálem je péče poskytovaná přesně a pouze v té míře, v jaké ji klient potřebuje, přičemž jeho vztahy k blízkým lidem mají být podporovány.<sup>23</sup>

Na přístupu k lidem s postižením se podepisovaly i různé státní režimy. Ve 30. letech dvacátého století, kdy se začala v celé tehdejší Říši prosazovat čistá rasa, bylo stále větší množství osob se zdravotním postižením izolováno od okolního světa do velkých ústavů.<sup>24</sup> Režim se často nespokojil s tímto řešením. Zabíjení dětí s postižením v dřívějších dobách nám připadá vzdálené, ale docházelo k němu i ve století minulém. Za nacistického režimu bylo v Německu zavražděno velké množství mentálně postižených dětí, dospívajících a dospělých.<sup>25</sup>

Komunistický režim řešil problematiku osob se zdravotním postižením výstavbou velkých ústavních komplexů podobných nemocnicím, kde uniformita naprosto popírala individualitu jedince. Společný ústavní řád platil pro všechny a neumožňoval výjimky. Denní režim, chod ústavu a často i ošacení klientů bylo jednotné. Pokud do tohoto komplexu jednou člověk vstoupil, většinou neměl možnost výstupu zpět do běžného života a stal se celoživotně závislý na péči. Ústavy byly uzavřeným světem, nekomunikujícím s okolím, a navenek to vypadalo, jakoby žádné zdravotní postižení ani neexistovalo. S polistopadovými událostmi roku 1989 se začaly ústavy pomalu otevírat veřejnosti, takže změny v oblasti ústavní péče u nás jsou záležitostí teprve posledních dvaceti let.

## **2.2 Zkušenosti s ústavní péčí v zahraničí a ČR**

Země, které komunistický režim nezasáhl, se vyvíjely ve druhé polovině 20. století poněkud jiným směrem. Ze zahraničních zemí uvádím jako vzorový příklad model vyspělých západních zemí Švédska a Norska.

Jsou to jediné země, ve kterých byly již všechny ústavy pro lidi s mentálním postižením zrušeny. Ve Švédsku se postupně na tento krok připravovali od 70. let. Začaly vznikat tzv. „skupinové domky“ pro bydlení

---

<sup>23</sup> MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. 1. vyd. Praha: SLON, 1995, s. 34.

<sup>24</sup> <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/001/000182.pdf> 26.10.2010

<sup>25</sup> <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/001/000182.pdf> 26.10.2010

čtyř osob s mentálním postižením uvnitř běžné zástavby, k nimž docházel personál. V r. 1985 švédský parlament rozhodl zbylé rezidenční domovy uzavřít s tím, že již nebudou přijímat nové obyvatele. Společnost byla na tuto změnu již částečně připravena. V tomto procesu se velmi dobře uplatnila nově vzniklá centra, organizující aktivity pro osoby s postižením a velkou snahou také bylo zapojit co největší počet těchto osob do pracovního procesu. Švédský odborník profesor MUDr. Karl Grunewald ve své zprávě z roku 2003 zmiňuje, že ze společnosti zcela vymizely nebo se aspoň značně snížily destruktivní vzorce chování. Padly předsudky, zesílila solidarita a humanitní síly ve společnosti. Celý nově zavedený systém je i ekonomicky výhodnější a dosud nejsou známy negativní dopady. V současnosti žije ve Švédsku asi 60% osob s mentálním postižením ve skupinových domech, dalších 20% samostatně a zbylých 20% u rodičů.<sup>26</sup>

U nás došlo v historii prozatím k ojedinělému zrušení ústavu sociální péče. Výjimečné na této proměně je, že změna byla iniciována snahou samotného ředitele tohoto zařízení Milanem Chábem, nikoliv shora, nějakým vládním programem. Ústav v Horní Poustevně se podařilo do roku 2005 proměnit do devatenácti domácností v šesti obcích. Šest obyvatelů se dokonce osamostatnilo do té míry, že již sociální služby nepotřebují a začlenili se do běžného života.<sup>27</sup>

Ve Spojených státech došlo k uzavírání ústavů v 60.letech, ale dělo se to tak, aniž by náhradou vznikala jiná vhodná zařízení, což mělo za následek oprávněnou kritiku a v uzavírání se nadále nepokračuje.<sup>28</sup>

Podobný osud stihl i ústavní zařízení v Itálii, kde byly zrušeny tradiční psychiatrické ústavy, avšak nebyla vytvořena alternativní zařízení, a z osob s psychickým postižením se stali bezdomovci a klienti sociálních služeb, které však na tento typ klientely nebyly připraveny. Matoušek upozorňuje na neuvážené rušení ústavů, které není dobré ani pro klienty, ani neřeší společenskou potřebu, neboť moderní rodina je stále méně ochotna pečovat o své hendikepované členy. Dodává, že do budoucna

---

<sup>26</sup> <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/001/000182.pdf> 26.10.2010

<sup>27</sup> CHÁB, Milan. *Svět bez ústavů*. 1. vyd. Praha: QUIP, 2004, s. 4.

<sup>28</sup> <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/001/000182.pdf> 2.11.2010

budou mít smysl jen ústavy odvozující svůj režim z individuálních potřeb klienta a pouze v minimální nutné míře vůči němu uplatňující omezení.<sup>29</sup>

Za zmínku také stojí jiná evropská země – Slovinsko, která je jednou z nejvíce institucionalizovaných zemí na světě. Na každých 100 obyvatel připadá jeden, který je umístěn v ústavu (celkem více než 20 tisíc lidí). Velkým problémem je často neudržitelná situace v těchto zařízeních.<sup>30</sup>

Závěrem této kapitoly podotýkám, že řešení, které se jevílo v začátcích budování velkých komplexních ústavních zařízení jako nejvhodnější, se později ukázalo jako nepatřičné. Pobyt v rezidenčním zařízení zajišťoval ubytování, stravu a zdravotní péči, na druhé straně ale vyčleňoval lidi z přirozeného prostředí, silně omezoval práva a snižoval tak lidskou důstojnost. V budoucnosti by sociální služby měly mít jinou podobu, a to poskytování služeb v přirozeném prostředí člověka tak, aby nebyl vytržen ze svého rodinného a sociálního prostředí. O tom, že se bude jednat o finančně nákladnou variantu není pochyb, zvláště v průběhu změny, při které se jedná o návrat do společnosti těch lidí, kteří již žijí v umělém ústavním prostředí. Pokud ale zohledňujeme kvalitu lidského života, je to cesta správným směrem.

---

<sup>29</sup> MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. 1. vyd. Praha: SLON, 1995, s. 23.

<sup>30</sup> <http://www.kvalitavpraxi.cz/zpravodajstvi/slovinsko-zeme-plna-ustavu.html> 27.10.2010

### 3 Přístup k osobám s mentálním postižením

Ve třetí kapitole se budeme zabírat změnami v přístupu k osobám s mentálním postižením v ústavní péči, přičemž za mezník změn bude považováno přijetí zákona o sociálních službách. Dále se budu zabývat současným moderním trendům sociální práce. Poněvadž je velká část osob s mentálním postižením zbavena či omezena ve způsobilosti k právním úkonům, zmíním se v podkapitole i o tomto tématu.

#### 3.1 Sociální péče před úpravou ze zákona

Podle přístupu společnosti k lidem se zdravotním postižením můžeme vyvozovat úroveň kvality a demokracie celé společnosti. Příznivě by asi nevyšlo hodnocení doby nedávné - druhé poloviny dvacátého století u nás, kdy péče spočívala v segregaci těchto osob ve velkých komplexech ústavů sociální péče. Jejich obyvatelé zde byli izolováni od okolního světa, nemohli jsme je potkat v obchodech, ani ve městech.

Když se někde na veřejnosti přece jen objevili, bylo na ně nahlíženo jako na „chudáky“, často je tak nazývali i samotní pracovníci ústavu. Jedním z předsudků bylo, že nebyli respektováni jako dospělá osoba, nýbrž bráni jako věčné děti. Společnost měla o osobách s mentálním postižením zkreslené představy a setkání s nimi vzbuzovalo neopodstatněné obavy, strach či lítost, což u některých lidí přetrvává dodnes.

Klasický ústavní model se soustředil spíše na léčebný a výchovný proces, než na individualitu každého člověka. Lékařský model chápal klienta ústavu jako pacienta, o jehož životě rozhoduje především lékař a zdravotnický personál. Výchovný model dával klientům roli svěřenců, na které je nutno celoživotně působit prostřednictvím výchovných programů. Oba modely stavěly člověka s mentálním postižením do pasivního postavení, kdy musel své individuální zájmy a potřeby podřizovat pravidlům a chodu instituce.<sup>31</sup>

Existovala oddělená zařízení, zvláště pro muže a ženy.

---

<sup>31</sup> SOBEK, Jiří a kol. *Lidská práva v každodenním životě lidí s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Portus, o.s., 2007, s. 7.

Zdůrazňovaly se nedostatky a omezení lidí, nehledaly se jejich schopnosti a pozitivní stránky, které se mohou nadále rozvíjet. Velké většině těchto lidí bylo odepřeno právo na vzdělání, byli označeni za nevzdělavatelné, a na základě tohoto rozhodnutí trvale vyloučeni z jakékoliv možnosti vzdělávat se.

Osoby s postižením bývají, někdy i v dobré víře, ostatními lidmi značně manipulovány, a tímto způsobem se u nich omezuje rozvoj samostatnosti a zodpovědnosti za vlastní chování. Přechod od pochopení norem chování k jejich praktickému uplatnění, je u osob s mentálním postižením pomalejší, což souvisí mimo jiné s úrovní myšlení.<sup>32</sup>

Jakékoliv postižení obecně vede k omezení sociálního kontaktu, a tím i zkušeností s různými sociálními rolmi. Osoby s postižením poznají mnohem méně variant chování, obvykle ve stereotypnějších situacích.<sup>33</sup> Kombinace zdravotního postižení a omezování svobodného pohybu u osob v ústavní péči, prohlubovalo těžkosti v navazování kontaktu se svým okolím, to vše bránilo už tak problematickému přebírání a rozpoznání sociálních rolí.

Hendikep, který přivádí lidi do ústavů, vyžaduje pečovatelský model, při kterém hrozí naprosté podrobení klientů pravidlům ústavního řádu, jež z nich může učinit lidi ještě hendikepovanější, než jakými byli před vstupem do péče.<sup>34</sup> Při dlouhodobém pobytu v ústavním prostředí člověk potlačuje do ústraní své osobní potřeby a začíná se plně přizpůsobovat kolektivnímu režimu.

Za nejzávažnější riziko při dlouhodobém pobytu v ústavu považuje Matoušek tzv. hospitalismus, tedy stav adaptace na umělé ústavní podmínky, doprovázený snižující se schopností adaptace na neústavní běžný život. Řadu povinností za klienta přebírá personál, narůstá tak neschopnost orientovat se v běžných podmínkách života.<sup>35</sup>

---

<sup>32</sup> VÁGNEROVÁ, Marie a kol. *Psychologie handicapu*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001, s. 181.

<sup>33</sup> VÁGNEROVÁ, Marie a kol. *Psychologie handicapu*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001, s. 161.

<sup>34</sup> MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. 1. vyd. Praha: SLON, 1995, s. 17.

<sup>35</sup> MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. 1. vyd. Praha: SLON, 1995, s. 107.

Švédský odborník Karl Grunewald uvádí, jako závěr z výzkumů o dopadech života uvnitř ústavu na člověka, dva nové pojmy - sociální deprivace a naučená bezmocnost. Většinou přitom platí, že negativní psychologické dopady na člověka jsou méně závažné, pokud je ústav, kde člověk žije, moderní a spíše menší.<sup>36</sup>

Dovoluji si tvrdit, že výše popsaná péče vypadala v některých ústavních zařízeních ještě začátkem tohoto století. Výjimkou snad byly různé nestátní organizace, vznikající po roce 1989 se zánikem komunistického režimu u nás. V péči o osoby s mentálním postižením začaly tyto organizace uplatňovat alternativní přístup, hlavně díky zkušenostem získaným ze zahraničních stáží. Ze zahraničí byly často tyto neziskové organizace také alespoň v počátcích svého působení podporovány.

### **3.2 Změny po přijetí nové legislativy**

Viditelná změna u státních organizací nastala s novou platnou legislativou. Zejména s přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhlášky 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, jež v sobě zahrnují standardy kvality, které každý poskytovatel sociální služby musí splňovat. Zákon nabyl účinnosti od 1.1.2007. Každý poskytovatel sociální služby musí mít vydáno oprávnění k registraci. Ústavy sociální péče se podle tohoto zákona zaregistrovaly jako sociální služba - domovy pro osoby se zdravotním postižením. Oprávnění k poskytování může být při zjištění neplnění kvality sociální služby, nebo při neplnění povinností poskytovatelů inspekční kontrolou odebráno, proto poskytovatelé začali být značně zainteresováni na dodržování standardů kvality poskytované služby.

Při poskytování sociální služby musí být respektována lidská důstojnost a autonomie „klientů“<sup>37</sup>. Sociální služby musí být poskytovány

---

<sup>36</sup> <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/001/000182.pdf> 8.11.2010

<sup>37</sup> Za klienta je považován uživatel sociálních služeb, v textu je dále použit i dřívější termín - obyvatel.

takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod.<sup>38</sup>

Ústavy se polidšťují, na klienta je dnes pohlíženo jako na osobnost, která má jisté kompetence a jistou schopnost vývoje. Ústavních forem péče dnes ubývá, ve prospěch forem neústavních. Sociální práce má tendenci spíše jít za klientem do jeho prostředí, než pro něj vytvářet nové umělé prostředí ústavní.<sup>39</sup>

Důraz je kladen na „sociální začleňování“<sup>40</sup> osob, proto moderním trendům lépe odpovídají typy služeb, které jsou poskytovány v přirozeném prostředí člověka (například terénní služby, chráněné a podporované bydlení, osobní asistence), než sociální služba v ústavech. Podporovány jsou přirozené sociální sítě, jako je rodina, přátelské nebo sousedské vztahy.

Začínají se podporovat taktéž partnerské vztahy a právo na sexuální život. Lidé s mentálním postižením mají tak málo příležitostí k sexuálnímu životu, že bychom jim neměli znemožňovat i ty nemnohé, které se jim nabízejí, pokud to neobtěžuje a neohrožuje ostatní. Při rozhodování, zda se nějaké chování toleruje nebo ne, by neměly být kritériem osobní hodnotové představy pracovníků, nýbrž jedině ohled na druhé a ochrana lidí samotných.<sup>41</sup>

Jedním z hlavních ukazatelů kvality služby, je naplňování práv svých uživatelů. Sociální služba musí uživateli umožnit žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný.<sup>42</sup> Nesmí vyvolávat závislost na sociální službě, a tím ještě více prohlubovat hendikep.

Poskytovatelé si začali uvědomovat rizika dlouhodobého pobytu v ústavní péči, definují je, a snaží se jim předcházet, nebo je zcela vyloučit (např. stigmatizace, zneužívání, infantilizace klienta, zásah do klientova soukromí, omezování svobodné volby, omezování svobody pohybu). V této oblasti nastala změna i v myšlení pracovníků, neboť dosud byla tato

---

<sup>38</sup> § 2 zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

<sup>39</sup> MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. 1. vyd. Praha: SLON, 1995, s. 34 – 35.

<sup>40</sup> § 2 zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

<sup>41</sup> PÓRTNER, Marlis. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009, s. 78.

<sup>42</sup> § 3 zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

omezení pojmána jako skutečnost, která s poskytováním sociální služby nezbytně souvisí.

Uživatel přestává být pasivním příjemcem služby. V sociální práci je vztah klienta a pomáhajícího pracovníka postaven na partnerském přístupu, na respektu k osobě klienta, k jeho přáním a potřebám. Sociální služby mají být individualizované, „šité potřebám konkrétního jedince na míru“<sup>43</sup>. Pracovníci musí splňovat profesní požadavky a být odborně způsobilí k výkonu sociální služby. K uživatelům služby přistupují jako k jedinečné osobě, která v sobě zahrnuje potenciál, který je možné rozvíjet, zdůrazňují se kompetence klienta. Pomoc a podpora směřují jen k těm činnostem, které klient evidentně nezvládá. Uživatel je motivován a podporován k samostatnosti a využívání svých vlastních schopností. Také je podporován v procesu přijímání rozhodování o vlastní osobě, nebo v rozhodování týkající se podoby sociální služby.

Ústav přestává být světem pro sebe, snaží se být živou jednotkou obce. Od segregace osob v ústavním zařízení přecházíme k integraci, ke znovuzačleňování osob do běžného života, které však má v ústavním prostředí své limity.

### 3.3 Nové trendy v péči

Některé nové trendy v oblasti poskytování sociálních služeb jsou spojeny s vyšší finanční zátěží, proto si je poskytovatelé prozatím nemohou dovolit. Uvádím však některá opatření doporučená švédským odborníkem Prof. Dr. Karlem Grunewaldem, zabývajícího se problematikou ústavní péče, která lze ve velkých ústavech nastavit bez významných finančních nákladů, a s jejichž uzpůsobením se stává život pro klienty přijatelnější. Zde jsou některá z nich:<sup>44</sup>

- rozdělit ložnice nízkými přepážkami nebo závěsy,
- rozdělit klienty do malých skupin, které by měly vlastní personál, které by žily a jedly pohromadě a měly vlastní společnou místnost,
- pokusit se do těchto skupin začlenit obě pohlaví,

<sup>43</sup> MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, s. 39.

<sup>44</sup> <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/001/000182.pdf> 21.1.2011

- přidělit všem klientům jejich vlastní skříňky vedle postelí a vlastní noční lampičky,
- dát všem jejich vlastní oblečení a obuv, aby mohli jít ven,
- poskytnout všem smysluplné denní aktivity mimo prostor, kde žijí,
- užívat velké jídelny k jiným účelům,
- rozšířit práva klientů tak, aby mohli sami rozhodovat, jak bude vypadat jejich den, jak použijí své peníze a naloží s volným časem,
- navýšit počet personálu a dát jim více zodpovědnosti za plánování dnů a týdnů klientů, které mají na starost.

I přes snahu aktivního zapojování uživatelů do různých oblastí společenského života obce, nemůžeme hovořit o integraci osob s postižením do společnosti.

**K integraci** v pravém slova smyslu dochází tehdy, pokud klient opustí kolektivní ústavní zařízení a je schopen žít v přirozené komunitě. Záleží však i na postoji společnosti, která osoby s postižením neodmítá, nesegreguje, ale naopak se snaží vytvářet optimální podmínky pro jejich začlenění do hlavního proudu společenského života.<sup>45</sup>

Integrace, nebo-li sociální **inkluze**, je charakterizována jako pevné spojení jednotlivců a vrstev společnosti. Je jedním z ideálů sociální politiky, opak sociálního vyloučení.<sup>46</sup> Inkluze bývá mnohdy vnímána, a také prezentována, jako synonymum integrace. Častější a přesnější je pojetí inkluze, jako vyššího stupně integrace. Zatímco při integraci se zaměřujeme na potřeby jedince se znevýhodněním, pro inkluzi je charakteristické zaměření na osobu i na její inkluzivní prostředí, které si můžeme představit jako místo přátelské ke všem, kteří se zde vyskytují. Je to místo otevřené, tolerantní, respektující jinakost a nabízející dostatek podnětů pro rozvoj a vzájemnou komunikaci.<sup>47</sup>

V současné době je podporován přechod od institucionální na komunitní typ služeb. Hovoříme o tzv. **deinstitucionalizaci** sociálních

---

<sup>45</sup> ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006, s. 14.

<sup>46</sup> MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 215

<sup>47</sup> UZLOVÁ, Iva. *Asistence lidem s postižením a znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010, s. 18 – 19.

služeb. Vezmu-li v úvahu, že tento pojem může být chápán jako opak k institucionalizaci, nejprve se budu zabývat tímto pojmem. Institucionalizace bývá srovnávána s tím, že pokud člověk žije delší dobu v nepřírodném prostředí instituce, postupně popírá svoji individualitu, přestává projevovat svou vůli a vrůstá do kolektivního myšlení. Přetrhává přirozené sociální sítě a stává se na instituci psychicky závislý. Mnohdy si již neumí představit žít život v otevřené společnosti za podpory rodiny či profesionála. Někdy bývá institucionalizace charakterizována stejně jako hospitalismus - viz kapitola 3.1.

**Deinstitucionalizaci** můžeme chápat jako proces, který nepodporuje život v umělém kolektivním prostředí instituce, ale postupně jej nahrazuje, nebo pomáhá udržovat život osoby s postižením v přirozených podmínkách komunity. Deinstitucionalizace pobytových služeb musí probíhat v souladu se zájmy uživatele.

Dále se v současnosti v oblasti moderních trendů v sociálních službách setkáváme s pojmem **transformace pobytových služeb**. Tento proces u nás podporuje Ministerstvo práce a sociálních věcí, které vydalo dokument „Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“, který byl přijat dne 21. února 2007 usnesením vlády ČR č. 127.<sup>48</sup> Cílem tohoto dokumentu je vyjádření podpory k provedení změn těm poskytovatelům sociálních služeb, kteří se rozhodnou poskytovat služby v přirozeném prostředí, na základě individuálních potřeb uživatelů.<sup>49</sup>

Hlavním záměrem aktivit v rámci procesu „Podpora transformace sociálních služeb“ je podpořit a pilotně ověřit transformaci služeb sociální péče na základě individuálně určených potřeb uživatelů, umožnit jejich aktivní zapojení se na trh práce a do společnosti a přispět k realizaci deinstitucionalizace a humanizace pobytových zařízení sociálních služeb v České republice.<sup>50</sup>

---

<sup>48</sup> [http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce\\_podpory.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf) 16.11.2010

<sup>49</sup> [http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce\\_podpory.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf) 16.11.2010

<sup>50</sup> <http://www.mpsv.cz/cs/7058> 30.9.2010

Transformace sociálních služeb je souhrnem procesů změny řízení, financování, vzdělávání, místa a formy poskytování služeb tak, aby výsledným stavem byla péče v běžných životních podmínkách.<sup>51</sup>

Můžeme ji chápat jako proces, ve kterém dříve vzniklé instituce zaniknou a přemění se na jiné typy sociálních služeb, které nejsou ohroženy institucionalizací. Nejlépe ji vystihuje toto přirovnání: „Ústav je ostrov, který s pevninou nekomunikuje. Při reformě jde o to, aby betonový ostrov zezelenal. Při transformaci jde o přestěhování na pevninu.“<sup>52</sup>

Cílem transformačních aktivit je snižování kapacity a humanizace stávajících objektů, opouštění dispozičně nevyhovujících objektů (historické budovy, zámky, továrny) a vytvoření sítě sociálních služeb v běžné komunitě umožňující maximálně individualizovaný život uživatele.<sup>53</sup>

V popředí probíhajících změn se uplatňuje princip **normalizace**, kterému v současnosti odpovídá význam návratu k normálnímu způsobu života. Spočívá v uplatňování přístupu k životním podmínkám a každodenním činnostem, které jsou co nejvíce podobné takovým, ve kterých žijí běžní občané.<sup>54</sup>

Dalším trendem v péči je **humanizace**, která se projevuje v jednání celé společnosti a ve vytváření adekvátních podmínek pro život osob se zdravotním postižením. Při rozhodování je nutno brát v potaz jejich oprávněné zájmy a potřeby, a pokud jsou toho schopni, umožnit jim, aby se na rozhodování o sobě v co nejvyšší možné míře podíleli. Při rozporu se zájmy ostatních lidí, by se mělo zájmu osoby s postižením, pokud je to možné, dát přednost.<sup>55</sup>

### 3.4 Způsobnost k právním úkonům

Velkým zásahem do lidských práv je zbavení či omezení způsobnosti k právním úkonům. Proto se zmíním o této problematice u osob s mentálním postižením.

---

<sup>51</sup> <http://www.uspjinosov.cz/zakladni-informace/> 30.9.2010

<sup>52</sup> CHÁB, Milan. *Svět bez ústavů*. 1. vyd. Praha: QUIP, 2004, s. 35.

<sup>53</sup> [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7396/Priloha\\_c01b.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7396/Priloha_c01b.pdf) 28.1.2011

<sup>54</sup> <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/001/000182.pdf> 16.11.2010

<sup>55</sup> ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006, s. 15.

Omezení způsobilosti k právním úkonům nemá za cíl omezení práv člověka. Cílem je naopak ochrana daného člověka a jeho práv před případným zneužitím.<sup>56</sup> Proto je nutné neomezovat či nezbavovat osoby k právním úkonům plošně, jen na základě diagnostiky mentálního postižení, anebo z důvodu, že posuzovaný je klientem ústavu – tak, jak se to běžně dělo dříve. Je nezbytné citlivě posoudit, zda případná úprava způsobilosti bude v konkrétním případě plnit ochrannou funkci. Nemělo by se stát, že by člověka ještě naopak omezovala v běžných činnostech, které je sám schopen vykonávat, jako například samostatné cestování, nakupování apod.

Způsobilost k právním úkonům může být omezena v důsledku duševní poruchy, která není jen přechodná. Způsobilost může být upravena jedině soudem. V případě omezení nebo zbavení způsobilosti činí právní úkony za osobu její zákonný zástupce – soudem ustanovený opatrovník. Při omezení způsobilosti, činí právní úkony v rozsahu daném soudem, v případě zbavení způsobilosti, činí všechny právní úkony.<sup>57</sup>

Omezení nebo zbavení způsobilosti k právním úkonům, se týká pouze těch oblastí, které jsou skutečně právním úkonem. V ostatních věcech má člověk stejná práva jako kterýkoliv jiný občan, tato práva musí být respektována. Mezi základní lidská práva patří např. osobní svoboda a svoboda pohybu, právo na ochranu osobního a rodinného života, právo na ochranu soukromí, právo na důstojné zacházení apod. Do oblasti právních úkonů patří uzavírání smluv, nakládání s finančními prostředky, nákup a prodej majetku, uzavírání manželství apod.<sup>58</sup>

Opatrovníci si často neuvědomují, že jejich kompetence se týkají pouze právních úkonů. Opatrovnictví neznamená převzetí odpovědnosti za život, zdraví nebo jednání zastoupeného ani zasahování do práv svého opatrovance, nebo rozhodování za něj. Při výkonu své funkce by měl vždy

---

<sup>56</sup> SOBEK, Jiří a kol. *Lidská práva v každodenním životě lidí s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Portus, o.s., 2007, s. 15.

<sup>57</sup> SOBEK, Jiří a kol. *Lidská práva v každodenním životě lidí s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Portus, o.s., 2007, s. 17.

<sup>58</sup> SOBEK, Jiří a kol. *Lidská práva v každodenním životě lidí s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Portus, o.s., 2007, s. 15.

opatrovník vycházet ze zájmů svého opatrovance, znát a respektovat jeho potřeby a názory. Pokud vznikne v určité konkrétní situaci konflikt zájmů, může soud pro tuto situaci ustanovit tzv. kolizního opatrovníka. Pokud jsou však dlouhodobě v rozporu, pak by měl být podán návrh k soudu o změně opatrovníka. Návrh může podat kdokoliv, kdo je plně způsobilý k právním úkonům, často podává tento návrh i poskytovatel sociální služby.<sup>59</sup>

Často se stává, že rodinní příslušníci, kteří by mohli být pro tuto funkci nejvhodnější, se odmítají stát opatrovníkem z důvodu, že nemají potřebné informace o právech a povinnostech, které by z toho vyplývaly.

Mnohdy dokonce vyžaduje laická, ale i odborná veřejnost od opatrovníka takové zásahy do klientova soukromí, které mu nepřísluší. Častým jevem je představa o celkové odpovědnosti za chování a jednání klienta, odpovědnost za jím způsobené škody apod.<sup>60</sup>

V této oblasti právo předpokládá, že i lidé s mentálním postižením jsou zodpovědní za sebe a za své jednání. Zároveň však platí, že není-li ten, kdo způsobí škodu schopen ovládnout své jednání nebo posoudit jeho následky, nebude za škodu odpovědný vůbec, nebo jen v tom rozsahu, v jakém byl schopen posoudit následky svého jednání a toto jednání ovládnout. Míra odpovědnosti se tedy posuzuje vždy v jednotlivém konkrétním případě. Není proto rozhodující, zda se jedná o osobu zbavenou způsobilosti k právním úkonům, či nikoliv. I člověk zbavený způsobilosti k právním úkonům může být uznán odpovědným.<sup>61</sup>

---

<sup>59</sup> SOBEK, Jiří a kol. *Lidská práva v každodenním životě lidí s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Portus, o.s., 2007, s. 25.

<sup>60</sup> HLADÍKOVÁ, Dana a kol. *Sborník příspěvků ze seminářů pořádaných v rámci projektu Život do svých rukou*. 2. vyd. Praha: QUIP, 2008, s. 93

<sup>61</sup> SOBEK, Jiří a kol. *Lidská práva v každodenním životě lidí s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Portus, o.s., 2007, s. 31.

## **4 Historie pobytových služeb v Ústavu sociální péče Jinošov**

V této kapitole přiblížím historii Ústavu sociální péče Jinošov. Popíšu také podobu sociální péče od počátků založení ústavu, a v průběhu několika dalších desítek let, neboť k výraznější změně formy poskytované sociální služby došlo až těsně před a v době přijetí zákona o sociálních službách. Této nové podobě se však budu věnovat až v následující kapitole.

### **4.1 Historie ústavu sociální péče**

Ústav sociální péče Jinošov se nachází pět km od města Náměšť nad Oslavou u obce Jinošov. Sociální služby zde byly poskytovány v budově historického památkově chráněného zámku, obklopeného parkem a oborou. Prostředí bylo typické pro poskytování sociální péče z dob minulého režimu. Zámek stojí na odlehklém místě, k ústavu nevede hlavní komunikace a celý areál je oplocen.

Zámek (dříve zvaný Schönwald) byl zbudován koncem 18. století. Později byl přestavěn Jindřichem Vilémem Haugwitzem, a byl proslulý zejména svými hudebními produkcemi. Hraběcí potomci zde žili až do roku 1945, avšak na základě Benešových dekretů museli Schönwald opustit a jejich majetek propadl státu.<sup>62</sup>

Poté byl využíván k různým účelům. Od roku 1953 sloužil zámek ústavní péči. Nejdříve se stali obyvateli zámku senioři v Domově důchodců. V roce 1966 pak vznikl Ústav sociální péče Jinošov pro muže s mentálním postižením, který přešel v roce 1976 pod správu Okresního ústavu sociálních služeb v Třebíči. Od 1. 1. 2004 se stal příspěvkovou organizací, jejímž zřizovatelem je kraj Vysočina.<sup>63</sup>

Pro zajímavost uvádím informaci z kroniky Ústavu sociální péče v Jinošově z roku 1976, kdy klienty tvořilo 104 obyvatel rozmístěných v 11-ti místnostech, o které se staralo 29 zaměstnanců.<sup>64</sup>

---

<sup>62</sup> <http://uspjinosov.cz/Historie.html> 5.1.2010

<sup>63</sup> <http://uspjinosov.cz/Historie.html> 5.1.2010

<sup>64</sup> <http://uspjinosov.cz/Historie.html> 5.1.2010

## 4.2 Podoba poskytované sociální péče

Přestože ústav měl sloužit osobám s mentálním postižením, klientelu pobytové služby tvořily i osoby s psychiatrickou diagnózou, osoby s fyzickým postižením, nebo osoby s vadami zraku. Klienti byli považováni za chovance a svěřence, teprve později za obyvatele, přičemž mocenský přístup personálu zůstal zachován. Klientům se převážně tykalo bez předchozí domluvy, na veřejnosti byli oslovováni jako „kluci“. Od začátku vzniku ÚSP v ústavu pobývali jen samotní muži, až v roce 2004 se stal ústav otevřeným i pro ženy.

Všechny pokoje byly vícelůžkové, neexistoval pokoj jen pro jednoho, či dva klienty. Některé pokoje byly i dvanáctilůžkové a dokonce průchozí, což velmi nabourávalo intimitu a nezajišťovalo soukromí ubytovaných osob. Kapacita byla ještě v roce 2000 nastavena na 90 klientů.

Pracovníky tvořil převážnou měrou zdravotnický personál. Neexistoval systém klíčových pracovníků, takže klient se obracel na pracovníka, který měl ten den zrovna službu, a záleželo víceméně na něm, jak s informací klienta naloží. Individuálně se klientům více mohli věnovat snad jen pracovníci pro volnočasové aktivity při ergoterapii. Nebyli zde však zaměstnáni v přiměřeném počtu, a tak jen část obyvatel měla možnost navštěvovat skupinu zabývající se nějakou činností (keramika, práce se sušenými rostlinami, výtvarné práce, práce v dílně). I do této skupiny byl klient přidělen bez možnosti ovlivnit výběr skupiny podle svého zájmu.

Práce byly vykonávány buď ve prospěch ústavu, nebo ve prospěch veřejnosti, bez nároku na finanční odměnu. V dřívějších dobách práce spočívala například v kosení trávy a sušení sena, hrabání listí v areálu ústavu i mimo něj, chovu hospodářských zvířat a sbírání léčivých rostlin. Klienti vykonávali pomocné práce v kuchyni, údržbě, prádelně a při úklidu společných prostor. Dříve i všechny tyto pomocné práce byly vykonávány bezúplatně a chápány jako rehabilitační činnost.

V areálu ústavu se mohli klienti volně pohybovat, což také někteří celý den činili. Pohyb klientů mimo areál ústavu byl omezen pouze na společné akce, samostatné procházky měli povoleni jen někteří vybraní klienti, přičemž je pokaždé museli ohlásit. Celkově se na jakýkoliv pohyb mimo ústav nahlíželo jako na nežádoucí činnost.

Klienti byli omezováni v řadě dalších věcí. Neměli například možnost výběru jídla. Pokud tedy dané jídlo nejedli, nebyla alternativní možnost vzít si něco jiného. Mnohdy si nemohli vybrat ani spolubydlícího na pokoji. Konformita v ústavu se projevovala téměř ve všech běžných denních činnostech. Ranní budíček ve stejnou dobu pro všechny klienty, denní jídla podávaná v jednotný čas, a neustále se opakující celodenní režim. Konformní bylo i ošacení, které si klienti nemohli vybrat podle svého vkusu. Téměř jednotné oblečení bylo označeno jménem s odůvodněním, že se prádlo pere ve společné prádelně. Klient nerozhodoval o tom, co si ten den obleče, co by chtěl koupit, jakou si vezme obuv. Dokonce přístup ke svým věcem měli klienti omezený, klíč od zamčené skříně měl u sebe personál. Pořádek v této skříně udržovali rovněž pracovníci, i když by to některý klient zvládl sám. Nadměrná péče klienta spíše oslabovala, než aby mu prospívala – udržovala ho pod jeho potenciálem samostatnosti.<sup>65</sup> Nevedla ku prospěchu osoby klienta, klient neměl pocit svébytnosti. Vždyť proč by se snažil, když za něj dělají jiní věci, které by sám zvládl a rozhodují o tom, co je pro něj nejvhodnější. Postupně se stával netečným a lhostejným ke svému okolí.

Jak uvádí Kopřiva, v každém společenství je nějaká kontrola, sloužící jako prostředek udržení chování členů v rámci stanoveného řádu. Řád má zajišťovat fungování společenství a bezpečí jeho členů. Může být ale stanoven tak, že omezuje nadměrně, že je nadbytečný, což se stává, když je řád vytvořen autoritativně, a nikoliv ve spolupráci těch, kterých se týká. Nadměrná kontrola také brání rozvoji autonomie.<sup>66</sup>

---

<sup>65</sup> KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006, s. 19.

<sup>66</sup> KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006, s. 18.

## **5 Ústav sociální péče Jinošov v posledních letech**

Touto kapitolou začíná praktická část bakalářské diplomové práce. Praktická část bude obsahovat podobu služeb sociální péče se zaváděním standardů kvality a popis průběhu transformačních aktivit v Ústavu sociální péče Jinošov. Zaměřím se na integraci klientů a na jejich nový způsob života s podporou. Poslední kapitola práce bude věnována dotazníkovému šetření a vyhodnocení přínosu pro integrované klienty, se zjištěním současného stavu spokojenosti uživatelů, což je cílem praktické části.

### **5.1 Úvodní slovo k praktické části**

Dříve než přistoupím k praktické části práce, seznámím ve stručnosti se současným stavem a důvody, které vedly k tomu, aby se klienti ústavu sociální péče integrovali mezi přirozenou komunitu.

Poskytování sociální služby v Ústavu sociální péče Jinošov a její následující nastavení, značně poznamenala havárie. Dne 22. února 2008 došlo ke zřícení části stropu v obytné budově zámku. Příčinou bylo dlouhodobé působení dřevokazného hmyzu. Budova se uzavřela a 38 klientů se stěhovalo na ubytovnu Vojenské letecké základny v Náměšti nad Oslavou. Ostatní klienti se přemístili do jiné obytné budovy v areálu ústavu.

V období po nehodě nebylo zcela jasné, zda se budova začne opravovat a klienti se vrátí zpět na původní místo. Vzhledem k tomu, že sociální služba domova pro osoby se zdravotním postižením se poskytovala v prostředí historického zámku, což není pro výkon moderní sociální služby vyhovující, a stěží se zde také naplňovaly některé standardy kvality sociálních služeb, začalo se hledat i jiné řešení. Odbor sociálních věcí kraje Vysočina měl v té době navrhnout zařízení, kterých by se mohla týkat transformace sociálních služeb. Vzhledem k událostem v ÚSP Jinošov bylo vybráno toto zařízení jako vhodné pro pilotní program ověření transformace podporované Ministerstvem práce a sociálních věcí.

Zřizovatel tedy dospěl k názoru, že sociální služby v dosavadním ústavu nebudou v budoucnosti poskytovány, objekt se nebude rekonstruovat

a bude nabídnut k odprodeji. Hlavní obytná budova, kde se nehoda přihodila, byla z bezpečnostních důvodů ihned uzavřena. Ve zbývajících prostorách se ještě dva roky po nehodě poskytovala sociální služba domova pro osoby se zdravotním postižením. Klienti byli ubytováni v hospodářské budově, v níž se nacházela starší obytná část a nedávno zbudovaná půdní vestavba, a kromě zázemí pro administrativu také kuchyň. V areálu ústavu se mohly dále využívat dva domky pro terapii a prádelna.

Ústav sociální péče tedy působil na dvou pracovištích vzdálených asi 5 km, na ubytovně v Náměšti nad Oslavou a v zámeckém areálu v Jinošově. V současné době už klienti nežijí v ústavním areálu na zámku v Jinošově, ale poskytování služeb sociální péče je rozšířeno na okruh asi 30 km. Klienti žijí na různých (celkem šesti) místech v této oblasti, v prozatímních ubytovnách a pronajatých domech. V současnosti využívají sociálních služeb již v jiné podobě, než na kterou byli zvyklí.

V rámci procesu transformace sociálních služeb dojde ke značné přeměně formy poskytování sociální péče, a to z institucionální podoby na moderní typ služeb poskytovaný v přirozené komunitě. Neznamená to tedy, že bude pro klienty někde postaven druhý ústav, podobný tomu, který opustili, ale že se klienti navrátí do společnosti a budou využívat sociálních služeb komunitního typu.

Aby byla zachována kontinuita této práce, budu se ještě v podkapitole věnovat období před nehodou, začátkům při zavádění standardů kvality v ústavu sociální péče. Uvedu konkrétní příklady zkvalitnění péče. Touto formou by pravděpodobně pokračovalo poskytování sociální služby i v současné době, nebýt nehody, která přispěla k rozhodnutí o změně směru péče.

## 5.2 Zavádění standardů kvality v ÚSP Jinošov

Ústav sociální péče Jinošov byl od 1. 1. 2007 zaregistrován podle zákona<sup>67</sup>, jako poskytovatel sociální služby **domovy pro osoby**

---

<sup>67</sup> § 78 zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

**se zdravotním postižením**, jehož cílovou skupinou jsou dospělé osoby (muži i ženy) s mentálním, případně i kombinovaným postižením, kteří potřebují pomoc nebo podporu ostatních. Nejpočetnější skupinu tvořily osoby s lehkou mentální retardací, ostatní uživatelé byly z řad osob se středně těžkou, těžkou a hlubokou mentální retardací. Funkci ředitelky vykonávala a dosud vykonává Bc. Alena Brožková, která zde jako vedoucí působila již od r. 1988.

Snahou vedení v této době bylo přejmenovat „ústav“ na „domov“, neboť lépe odpovídá druhu poskytované sociální služby. Ze strany zřizovatele ovšem nedošlo k pochopení, a tak i všechny bývalé ústavy sociální péče v kraji Vysočina, přestože jsou zaregistrované jako domov, nadále nesou název „ústav“, což působí do jisté míry jako negativní nálepka.

Vývoj v oblasti sociálních služeb zaznamenal s přijetím zákona o sociálních službách<sup>68</sup> v našem státě značných změn. Klient jako uživatel sociálních služeb si vybírá a sjednává službu, která mu bude vyhovovat. Současně je to rovněž klient, který vnáší finanční prostředky do této sféry – z příspěvku na péči a ze svých financí, např. z invalidního důchodu. Tímto způsobem se začíná vytvářet zdravá konkurence mezi poskytovateli v nabízených službách, a vede k větší zainteresovanosti poskytovatelů na poskytování kvalitních a dobře fungujících sociálních služeb. Některé změny směrem ke zkvalitnění služby proběhly v ústavu z popudu vedení, nebo samotných pracovníků, další změny nutně nastaly se zaváděním standardů kvality sociálních služeb. Z odstupu let vybírám ty, které se zdají být nejzajímavější a nejdůležitější pro další vývoj.

Z důvodu velkého počtu klientů v zařízení se za souhlasu zřizovatele započalo se snižováním kapacity ústavu. Snížení proběhlo přirozeným úbytkem – úmrtím, anebo přemístěním klientů do jiných zařízení, s čímž souhlasil vždy klient a jeho opatrovník. Pokaždé se hledělo na prospěch klienta. Kapacita ústavu se tak snížila z 90 na 70 klientů, přičemž stav pracovníků zůstal zachován. To bylo velmi pozitivní, a přispívalo tak ke snaze individuálního přístupu ke klientovi.

---

<sup>68</sup> zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Menší počet klientů v zařízení umožnil snížit počet lůžek na pokojích, některé větší pokoje byly rozděleny přepážkou. Nově byly zbudovány dvoulůžkové a třílůžkové pokoje pro klienty, ve vestavbě hospodářské budovy. Klienti zde umístění využívali samostatnou jídelnu s větší obývací místností. Klienti dostali klíč od vlastních skříní a byli vedeni k výběru ošacení a obuvi, což zanedlouho část klientů začala vykonávat zcela samostatně.

V rámci sociální služby se začaly plánovat osobní cíle uživatele. Každý klient má sestaven individuální plán, na kterém se podílí uživatel s pomocí klíčového pracovníka. Ten plní roli poradce a důvěrné osoby uživatele, zná jeho potřeby a přání. Podporuje ho k dosažení vytyčeného cíle a zprostředkovává informace mezi klientem a pracovníky.

Klienti se postupně vydávali v menším počtu osob na vycházky v doprovodu personálu, po zvládnutí cesty začali klienti opouštět ústav samostatně. V těchto začátcích byl největší překážkou svobodného pohybu klientů personál, protože měl snahu zcela přebírat zodpovědnost za klienta. Pracovníci tak byli seznámeni s přiměřeným rizikem a s právem klienta na volný pohyb. Postupně si pracovníci byli jistější, že pokud pracovali s klienty na nácviku procházek, učili je znát okolí a úskalí cest, nemohou pro ně udělat více a musí jim dopřát samostatnost. Přesto bylo klientům v jejich zájmu doporučeno ohlašovat cíle svých vycházek a dobu návratu.

S možností volného pohybu se značně otevřely obzory ve využívání veřejných služeb. Bylo zbytečné, aby veřejné a jinde dostupné služby byly nadále poskytovány v zařízení (například kadeřnictví, pedikúra, opravy oděvů, kulturní akce, apod.). Omezování klientů a setrvávání v izolaci od ostatního světa je nepatřičné, proto jsou klienti podporováni ve využívání veřejných služeb v přilehlé obci. Vedeni jsou rovněž ke zvládnutí dopravy autobusem do nedalekého města, kde je nabídka služeb širší.

Ke změnám docházelo i v přístupu k práci klientů. Klienti již nebyli nabízeni veřejnosti jako „levná pracovní síla“. Práce v ústavu, kterou klienti vykonávali ve prospěch ústavu v prádelně, kuchyni a při úklidu společných prostor, byla honorována ústavem v částce minimální mzdy za počet

odpracovaných hodin. S klienty byla uzavřena pracovní smlouva. Snaha byla také o uplatnění klientů na trhu práce. V té době se podařilo zaměstnat jednoho klienta na práci u koní v nedaleké jízdárně. Bohužel po půl roce tato aktivita skončila, klient nedostával zaplacenou dohodnutou výplatu. Na omezený čas byla zaměstnána klientka v zahradnické firmě, na výpomoc při zhotovování dušičkové a adventní vazby. Region patří mezi oblasti s vysokým počtem nezaměstnaných osob, rovněž podnikatelská sféra zde není značně rozvinuta, proto nadále zůstává velkým otazníkem, zda se podaří najít vhodná zaměstnání pro osoby s postižením.

S právem podat stížnost při nespokojenosti uživatele s podobou poskytované sociální služby, seznamuje klienty sociální pracovnice na pravidelných schůzkách. Za účelem podávání stížností byla na všech odděleních nainstalována schránka. Pověření pracovníci pravidelně schránky vyprazdňují a stížnosti odevzdávají sociální pracovníci, která o nich vede zápis a zabývá se jejich řešením. Pokud klient není schopen sám sepsat stížnost, může pověřit jakéhokoliv pracovníka, i jiného klienta, nebo může podat stížnost ústně, či prostřednictvím jiné osoby. V případě anonymní stížnosti, nebo námítky, se výsledek řízení vždy umístí na nástěnky v obytné části.

Dobu při zavádění standardů kvality lze nazvat dobou hledání nejvhodnější podoby sociální služby a nového přístupu ke klientovi. Na jedné straně se klientům přiznávají osobní práva, která mají jako každý jiný běžný občan, na druhé straně pracovníci ústavu hledají cestu, jak se k těmto právům postavit. Musí opustit pozici nadřazených pracovníků, přistupovat ke klientům partnersky, ale zároveň slevit i ze svých ochranných vztahů a podporovat klienty v rozhodování, a také převzetí zodpovědnosti za sebe sama. Také prostředí ústavu a nastavení způsobu služby často znesnadňují uplatňování práv v praxi, například práva na partnerský život, práva na soukromí, práva volby apod. Záleží mnohdy na kreativitě pracovníků, jak se s přiznáním práv klientům a jejich naplněním vypořádají.

## **6 Transformace sociálních služeb**

Ústav sociální péče Jinošov byl zařazen do pilotního programu transformace. Hlavním úkolem bylo nejprve vypracování transformačního plánu, podle kterého je celý proces řízen. Uvádím některé z podmínek, které musí nová bydlení a podoba transformované služby splňovat. Dále seznamuji nejen s vizí transformace v ÚSP Jinošov, ale také s plánovanou podobou vzniku domácností a s novou strukturou sociálních služeb po dokončení transformačního procesu.

### **6.1 Průběh transformace**

V předešlé kapitole jsem zmínila nehodu v Ústavu sociální péče, která přispěla k rozhodnutí vedení a zřizovatele ústavu kraje Vysočina, zúčastnit se pilotního programu transformace podporované Ministerstvem práce a sociálních věcí (dále i „MPSV“). V té době měl kraj delegovat jedno zařízení, které chce transformovat. Volba padla na ÚSP Jinošov v první řadě kvůli nehodě, v druhé řadě kvůli celkové nevhodnosti areálu zámku k poskytování moderní sociální služby.

Poté byla zahájena nultá fáze procesu transformace. Bez pomoci Národního centra podpory transformace, které zahájilo svoji činnost až později, a má za úkol metodicky vést další pobytová zařízení schválená k transformaci, byl členy transformačního týmu ústavu vypracován Transformační plán ÚSP Jinošov. Plán prošel schválením Radou Vysočiny dne 21. 4. 2010. Poté byl předán ke schválení MPSV ČR, a stal se přílohou projektové žádosti kraje Vysočina o finanční podporu z Evropského fondu pro regionální rozvoj (dále jen „ERDF“).

Náklady na pracovníka pro transformaci, který je v ústavu zaměstnán jako metodik, i na administrativní práci pilotního ověření, jsou hrazeny z prostředků Evropského sociálního fondu (dále i „ESF“).

Investiční složka transformace u vybraných zařízení bude následně podpořena v rámci Integrovaného operačního programu (dále jen „IOP“). Pro výše uvedenou aktivitu je z IOP vyčleněno necelých 56 mil. EUR. Podpora je zaměřena na celé území ČR, s výjimkou hlavního města Prahy.

Příjemcem mohou být kraje či obce, které se zaměří na poskytování nových, nebo uzpůsobených služeb uživatelům transformovaných zařízení. U jednotlivých projektů bude hrazeno 100 % celkových způsobilých výdajů, není tedy vyžadována žádná finanční spoluúčast ze strany příjemce dotace. Majetek nabytý v rámci projektu bude po dobu realizace projektu i dobu udržitelnosti majetkem příjemce dotace,<sup>69</sup> přičemž provozovatelem sociálních služeb v nich poskytovaných mohou být organizace s různou právní subjektivitou, které k tomu budou příjemcem pověřeny.<sup>70</sup>

Nová bydlení, která jsou pro jednotlivé klienty již naplánovaná, musí vycházet z podmínek uvedených v dokumentu MPSV „**Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných sociálních služeb**“ a musí splňovat daná kritéria:<sup>71</sup>

#### *Nároky na lokalitu*

- daný druh služby v lokalitě zcela chybí či není dostatečně zajištěn nebo z obce uživatelé pocházejí, pracují zde nebo zde mají rodinu a osobní vazby.

Při plánování domácností novým klientům se vycházelo z potřebné míry podpory a zohledňovaly se skutečnosti jako odkud klient pochází, kde má rodinu apod. Plánování se zúčastnil i klient a jeho rodina.

#### *Nároky na prostředí*

- veřejné služby včetně dopravy jsou s ohledem na umístění dostupné,
- objekty jsou bezbariérové.

#### *Společné znaky pro všechny formy domácností uživatele*

- Služby jsou zaměřeny na podporu při vedení domácnosti uživatele a péči o osobu uživatele.
- Domácnost obsahuje základní prvky samostatné ekonomické jednotky.

---

<sup>69</sup> rozumí se majetkem kraje Vysočina

<sup>70</sup> <http://www.mpsv.cz/cs/7058> 30.9.2010

<sup>71</sup> [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7396/Priloha\\_c01b.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7396/Priloha_c01b.pdf) 29.1.2011

- Provoz domácnosti (hospodaření s penězi, úklidy, údržba, stravování, praní prádla atd.) je zajišťován samotnými uživateli a určeným okruhem pracovníků, s výjimkou osob s vysokou mírou podpory. Poskytovatel při nutnosti zajistit stravu a praní prádla jiným způsobem než s dopomocí uživatelů, preferuje dodavatelský způsob před zajištěním služeb vlastními provozovatelem.
- Umístění je zvoleno dle přání a možností uživatele a možnosti zajistit v daném místě potřebné služby.
- Domácnost je včleněna do běžné zástavby obce, do které jsou počítány i venkovské oblasti.
- Domácnosti jsou v obci rozmístěny tak, aby počet uživatelů z daného zařízení nepřekročil 8 % populace v obci. Poskytovatel usiluje o takové rozmístění uživatelů, které nebude kumulovat osoby se zdravotním postižením či jakýmkoliv sociálním hendikepem v jednom místě (např. domě, ulici, bloku domů).
- Existuje návaznost na další zdroje – poskytovatel nenahrazuje přirozené zdroje (např. kadeřník, lékař).
- V domácnosti žijí osoby obou pohlaví, pokud tomu uživatelé nechtějí jinak.
- Poskytovatel klade důraz na takovou skladbu uživatelů domácnosti, která zajišťuje bezpečí všech uživatelů a odpovídá jejich přáním. Doporučuje se dodržet jednotnou skladbu uživatelů s ohledem na druh a míru postižení.
- Poskytovatel klade důraz na rodinné a osobní vztahy mezi uživateli.

## **6.2 Podoba transformace ÚSP Jinošov**

Počátky transformace ÚSP Jinošov se týkaly opuštění ústavu všemi zbývajícími uživateli, k čemuž již došlo. V dalším období je to především zřízení nových sociálních služeb v přirozeném prostředí člověka a individualizace služby uživatelům za podpory týmu pracovníků.

## Vize transformace ÚSP Jinošov

Do budoucna je hlavní snahou poskytovat takové sociální služby, které všem uživatelům umožní život v přirozeném prostředí majoritní společnosti, a to zcela bez prvků institucionalizace. Plánují se dvě etapy výstavby nových domácností a pronájmu objektů.<sup>72</sup>

Průběh transformace je v organizaci řízen podle Transformačního plánu ÚSP Jinošov. Tento plán musí splňovat definovaná kritéria MPSV pro proces i výstupy transformace, má-li být transformace podpořena z Integrovaného operačního programu. Jedním z nich jsou například technické charakteristiky, kde jsou definována kritéria, jak mají vypadat domácnosti uživatelů.

Dalším kritériem je, že nová bydlení nesmí být koncentrována na jednom místě. Proto vedení ústavu aktivně vyhledávalo obce v okolí i obce vzdálenější, s vhodnými lokalitami k výstavbě nových či rekonstrukci starších obydlí, a ochotné ke spolupráci. Výběr byl zcela ponechán na managementu ústavu, přičemž bylo těžké odpoutat se od potřeb zaměstnanců a snažit se pokrýt službou větší část regionu (v návaznosti na střednědobý plán rozvoje sociálních služeb).

Při transformačním procesu musí být splněny kromě definovaných kritérií i závazné finanční limity, které jsou maximálně způsobilými výdaji pro potřeby IOP.<sup>73</sup>

V transformačním plánu ÚSP Jinošov je zahrnut **vznik těchto druhů domácností** v souladu s definovanými kritérii:<sup>74</sup>

- **individuální domácnost**

- kritérium: *v jednom bytovém nebo rodinném domě jsou umístěné max. 4 individuální domácnosti (tj. max. 8 osob v jednom objektu)*

Plánuje se vybudovat jedna individuální domácnost pro jednu klientku v přízemí rodinného domu, ve kterém bude ještě skupinová domácnost.

---

<sup>72</sup> Transformační plán ÚSP Jinošov. Vnitřní dokument ÚSP Jinošov, s. 6.

<sup>73</sup> [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7396/Priloha\\_c01b.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7396/Priloha_c01b.pdf) 29.1.2011

<sup>74</sup> [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7396/Priloha\\_c01b.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7396/Priloha_c01b.pdf) 4.2.2011

▪ **skupinová domácnost**

- kritérium: *domácnost je pro 3 až 6 osob společně žijících v jedné jednotce, v jednom domě jsou umístěné max. 2 domácnosti (tj. max. 12 osob jednom objektu)*

Vznikne osm skupinových domácností – 3x v Náměšti nad Oslavou, 2x v Třebíči, 2x ve Vladislavi a 1x v Jaroměřicích n. Rokytnou.

▪ **domácnost pro osoby s vysokou mírou podpory**

- kritérium: *přítomnost personálu je trvalá, v jednom bytovém nebo rodinném době jsou umístěné max. 3 domácnosti (tj. max. 18 osob v jednom objektu)*

Vznikne 2x domácnost ve Velké Bíteši (bude zde bydlet 11 klientů a nově se bude poskytovat odlehčovací služba pro jednoho klienta), a 2x v Hrotovicích.

▪ **zázemí pro management**

- kritérium: *lze vybudovat v případě, že je transformace provedena u celého původního zařízení a je zcela opuštěn původní objekt*

▪ **zázemí pro ambulantní služby a denní programy pobytových služeb**

- kritérium: *poskytovatel primárně využívá externí zdroje, které jsou v komunitě k dispozici. V případě, že tento druh služeb není dostupný, je možné budovat nové. Ambulantní služby jsou odděleny od bydlení, nenahrazují veřejně dostupné služby.*

Zázemí pro management a pro ambulantní služby a denní programy budou vytvořeny v jedné budově v Náměšti nad Oslavou. Pod názvem „Centrum denních aktivit“ budou nově poskytované sociální služby Denní stacionář a Sociálně terapeutická dílna.

Výše popsané druhy domácností, zázemí pro management a Centrum denních aktivit budou postaveny ve dvou etapách transformačního procesu. Kraj Vysočina má již koupené nemovitosti pro I. etapu, při které vzniknou čtyři domky k bydlení uživatelů a jeden dům v Náměšti pro vedení organizace a Centrum denních aktivit.

Služby nebudou poskytovány v takové podobě jako v současnosti, hledaly se vhodné formy, v jaké by transformované služby mohly fungovat. Kromě pobytových služeb je podpořen i vznik ambulantních služeb, v tom spočívá velký přínos transformace i pro ostatní osoby se znevýhodněním z okolních oblastí, které je budou moci využívat.

Představuji **plánovanou strukturu sociálních služeb** po ukončení transformace:<sup>75</sup>

**Domovy pro osoby se zdravotním postižením** – s kapacitou 23 osob, prioritně pro osoby s vysokou mírou podpory a osoby vyžadující každodenní péči zdravotního personálu.

**Chráněné bydlení** – s kapacitou 47 osob, pro osoby s nízkou mírou podpory a střední mírou podpory, bez potřeby každodenní péče zdravotního personálu.

**Denní stacionáře** – s kapacitou 30 osob, z toho pro 24 osob stávajících uživatelů zařízení a 6 nových zájemců jako ambulantní služba.

**Sociálně terapeutické dílny** – s kapacitou šest osob, z toho pro pět stávajících uživatelů chráněného bydlení a jednoho nového zájemce jako ambulantní služba. Sociálně terapeutická dílna bude sloužit klientům k nácviku pracovních dovedností, je tvořena kavárnou s cukrárnou pro širokou veřejnost.

**Odlehčovací služby (krátkodobé pobytové)** - s kapacitou pro tři osoby, o něž se nemůže po dobu nezbytně nutnou postarat jejich pečující osoba (rodina, ambulantní služby apod.) a vyžadující v tomto období pobytovou sociální službu.

---

<sup>75</sup> Transformační plán ÚSP Jinošov. Vnitřní dokument ÚSP Jinošov, s. 6.

## **7 Integrace**

V závěru předchozí kapitoly jsem představila plánovanou podobu poskytovaných služeb, které vzniknou po ukončení procesu transformace. Jak klienti Ústavu sociální péče Jinošov žijí v současné době, když ústavní pobytové zařízení již opustili, a nové služby ještě nejsou k dispozici, budu charakterizovat v této kapitole. Více než polovina klientů opustila fyzicky ústav před třemi lety a dosud žije na ubytovnách. Ostatní klienti žili ústavním životem do listopadu 2010, kdy byl areál ústavu prodán novému majiteli. I zbývající část klientů tak byla prozatím ubytována v náhradním bydlení. V současné době došlo k integraci všech uživatelů Ústavu sociální péče Jinošov. Za dobu pobytu klientů na ubytovnách došlo ke změnám ve způsobu života, proto se pokusím vystihnout hlavní změny týkající se socializace a popíšu chod jednotlivých ubytoven a domácností.

### **7.1 Integrace, její podoba a vznik chráněného bydlení**

Integrace klientů ústavu přinesla možnost „naostro“ uplatnit všechny návyky a dovednosti, kterým se klienti do té doby učili v nepřirozeném ústavním prostředí. Klienti mají možnost co nejvíce věcí poznávat a ověřovat sami na sobě. Rozšířené možnosti a uplatňování se ve společenském životě komunity menšího města zpětně rozvíjí schopnosti a posiluje sebevědomí klientů. Klient je lépe motivován k další práci na sobě, k učení i dalším pokusům se zapojováním do okolního světa. V interakci se učí poznávat sociální pravidla mezilidských vztahů, normy sociálního života a případné sankce za jejich porušení.

Po opuštění ústavu nebylo pro klienty nikterak lehké zvyknout si na novou realitu jejich života, jehož součástí bylo i nové prostředí, které neměli možnost dopředu poznat. Pracovníci, jejichž služby byly posíleny z důvodu lepšího individuálního přístupu ke klientům, si uvědomovali tuto těžkou situaci, a proto se všemožně snažili psychicky klienty podporovat a přispívat k vytvoření poklidné atmosféry v nových domovech. Podpora nemá spočívat v pečování, ale v poskytování zázemí k nabytí sebedůvěry a jistoty. Zpočátku klienti potřebovali od pracovníků mimo jiné také

podávat zprávy o ostatních uživateli, neboť byli rozmístěni na více místech.

Pro pracovníky se stala skupinová supervize důležitou součástí čerpání zpětných vazeb, do té doby byla v zařízení uplatňována víceméně formálním způsobem.

Klienti se za podpory pracovníků učili poznávat okolí a orientovat se v prostředí města. Začali nacvičovat chování na místních komunikacích, nákupy v obchodech a docházky na stravování (které nejprve probíhalo ve školní jídelně), na terapie a pedikúru. Nejprve klienti poznávali okolní prostředí s doprovodem personálu ve skupince maximálně po šesti, protože i zde bylo pomýšleno na možnou prevenci stigmatizace. Po zvládnutí těchto úkonů se někteří klienti pohybovali nejprve ve dvojici, už bez přítomnosti pracovníků, a poté i samostatně.

Z této situace vyvstal rovněž problém sociálního soužití. Na jedné straně se klienti museli učit vhodnému chování na ulici, v jídelně, v obchodě, na procházkách a vůbec při společenském kontaktu s ostatními lidmi. Na druhé straně obyvatelé města nevěděli, jak se k osobám s mentálním postižením chovat, co od nich mohou očekávat a zda nemohou být tito lidé nějakým způsobem nebezpeční. Vyvstala nutnost osvětové činnosti, zaměřené na stávající obyvatele města, ale i na úřady, které začaly projevovat zájem o spolupráci. Pravidelně se uveřejňovaly a dosud uveřejňují články v „Náměšťských listech“<sup>76</sup>. Zpočátku se články zaměřily na obecné informace o mentálním postižení, nebo na formy konkrétní pomoci těmto osobám, například když uvidí osobu bezradně stát na ulici, apod. Dnes informují o životě na ubytovnách, o trávení volného času klientů a o jejich zapojení do společenského či pracovního dění ve městě.

Klienti se na ubytovnách postupně začali zapojovat do chodu domácnosti. Začali si připravovat veškerou stravu mimo obědů, nakupovat potraviny, umývat a utírat nádobí, rovněž se začali podílet na úklidu svých pokojů, a někde i samostatně prát a žehlit. Obytné jednotky ubytoven se stávaly čím dál více nezávislejšími na centrálním vedení organizace.

---

<sup>76</sup> zpravodaj města Náměště n. Osl., vydávaný s měsíční periodicitou, poměrně hojně čtený

Sociální služba - domovy pro osoby se zdravotním postižením, přestala po určité době odpovídat potřebám větší části klientů, kteří se postupně osamostatnili v takové míře, v jaké nikdo nepředpokládal. Podnítilo to vznik nové sociální služby - chráněné bydlení. Přítomnost pracovníků po celý den nebyla nutná. Na třech ubytovnách chráněného bydlení dnes není personálně zajištěna noční směna. V případě nutnosti mohou klienti využít telefonickou pomoc pracovníka, který slouží noční pohotovost doma na telefonu.

V současnosti jsou poskytovány **dva druhy sociálních služeb** zaregistrovaných od 1. 1. 2010 jako:

➤ **domovy pro osoby se zdravotním postižením (DOZP) – stávající sociální služba**

celoroční pobytová služba určená dospělým osobám s mentálním, případně kombinovaným postižením, které vyžadují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. V rámci této služby je mimo jiné nabízena ošetrovatelská péče, zajišťovaná vlastním zdravotnickým personálem.<sup>77</sup>

*Provozovány: na ubytovně fotbalového stadionu v Náměšti n. Oslavou a v Rouchovanech.*

➤ **chráněné bydlení (CHB) – nová sociální služba**

pobytová služba určená dospělým osobám s lehkým a středně těžkým mentálním, případně kombinovaným postižením, jejichž situace vyžaduje podporu jiné fyzické osoby, zejména v oblasti osobní péče a péče o domácnost. Podpora je klientům poskytována individuálně, v rozsahu nezbytně nutném, aby mohli v maximální míře vést běžný způsob života.<sup>78</sup>

*Provozováno: na ubytovně firmy Oslavan, ve vile na Nerudově ulici, na ubytovně Husova v Náměšti nad Oslavou a ve Vícenicích.*

---

<sup>77</sup> <http://www.domovbezzamku.cz/popis-sluzby/> 2.3.2011

<sup>78</sup> <http://www.domovbezzamku.cz/popis-sluzby-3-3/> 2.3.2011

Jelikož název Ústav sociální péče Jinošov je vzhledem ke způsobu, ale nyní i místu poskytovaných sociálních služeb nevyhovující, vedení organizace požádalo zřizovatele o změnu názvu. Tentokrát se přejmenování setkalo s úspěchem a **od 1. 1. 2011 vzniká Domov bez zámku,**<sup>79</sup> příspěvková organizace se sídlem v Náměšti nad Oslavou.

Název „domov“ také lépe odpovídá výše uvedené transformační vizi organizace - poskytovat takové sociální služby, které umožní život v přirozeném prostředí společnosti, s odstraněním prvků institucionalizace,<sup>80</sup> a je rovněž v souladu se zákonem o sociálních službách.<sup>81</sup>

## 7.2 Současný způsob života klientů

V další části textu seznamují se službami, které poskytuje Domov bez zámku, příspěvková organizace. V současné době jsou sociální služby domovy pro osoby se zdravotním postižením a chráněné bydlení poskytovány **v těchto ubytovnách a pronajatých domech:**

- **Ubytovna Husova**, Husova 545, Náměšť nad Oslavou

V této ubytovně chráněného bydlení žije 11 uživatelů s lehkou mentální retardací, převážně v jednolůžkových pokojích. Sociální zařízení je společné vždy pro dva pokoje. Dále je zde obývací místnost a jídelna s menší kuchyňkou, která slouží k přípravě denních jídel vyjma obědů, na které klienti docházejí do místní restaurace. V rámci této ubytovny probíhá terapie – Axmanova technika modelování, která slouží i klientům z jiných ubytoven. Centrum města je lehce dostupné.

- **Ubytovna firmy Oslavan, a.s.**, Masarykovo nám. 939, Náměšť

V ubytovně v centru města, kde je provozováno chráněné bydlení, žije šest uživatelů s lehkou mentální retardací. Celkem mají k dispozici čtyři pokoje. Je zde společné sociální zařízení a kuchyňka. Klienti z této ubytovny docházejí na obědy od pondělí do pátku do domova pro seniory. O víkendu si oběd připravují, v jiné dny si chystají i ostatní

---

<sup>79</sup> Příznačný název vystihuje skutečnost, že klienti již nežijí na zámku, a zároveň značí otevřenost služby.

<sup>80</sup> *Transformační plán ÚSP Jinošov*. Vnitřní dokument ÚSP Jinošov, s. 6.

<sup>81</sup> § 48 zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

stravu, s podporou personálu. Klienti zvládají samostatně i další běžné činnosti, jako jsou například úklid pokoje, nákupy, návštěva lékaře, s podporou personálu praní a žehlení osobního prádla.

- **Vila na Nerudově ulici**, Jana Nerudy 859, Náměšť nad Oslavou

Dům se nachází 5 min. chůze od centra města, v běžné zástavbě rodinných domů. V chráněném bydlení žije šest klientů s lehkou mentální retardací v jednolůžkových a dvoulůžkových pokojích. Klienti nedocházejí na oběd, ale jako jediní se za podpory personálu podílejí na přípravě celodenní stravy a nakupují potřebné potraviny. V přízemí domu se nachází také místnost pro terapii, kterou využívají převážně klienti z jiných ubytoven. Lékaře navštěvují klienti většinou samostatně.

- **Ubytovna fotbalového stadionu**, Červené domky 909, Náměšť

Sociální služba DOZP je zde poskytována pro 16 klientů se středně těžkou mentální retardací. Na obědy chodí klienti místní restaurace vzdálené asi 15 min. chůze (imobilním klientům je strava donášena). Klienti jsou podporováni při činnostech jako je příprava snídaně, večeře, úklid na pokoji. Zároveň jsou pracovníci, kterých zde slouží pět ve třísměnném provozu, motivováni k návštěvám terapeutických dílen. Terapeuti zde pracují na ranní i odpolední směnu. Zajišťují nejen volnočasové aktivity pro klienty zůstávající na ubytovně, ale také pravidelné vycházky, vhodné k udržení tělesné kondice, procvičují s klienty pravidla chování na veřejných komunikacích a podobně. Praktického lékaře navštěvují klienti s podporou personálu v ordinaci.

- **Ubytovna v Rouchovanech**, Rouchovany

Služba DOZP je zde poskytována pro 23 klientů se středně těžkou až těžkou mentální retardací, a osobám vyžadujícím ošetrovatelskou péči. Na ubytovně slouží zdravotní sestra, pracovníce v sociálních službách (třísměnný provoz a dělená směna) a terapeutka. Nově je zaměstnána pracovníce jako pomocná síla k nakupování potravin a výdeji oběda. Zdravotní sestra zajišťuje zdravotní péči, pracovníce v sociálních službách zajišťují praní a úklid a terapeutka s pracovníci

na dělenou směnu zajišťují volnočasové aktivity pro klienty. Praktický lékař i psychiatr na ubytovnu dojíždějí.

- **Dům ve Víčenicích**, Víčenice u Náměště nad Oslavou

Chráněné bydlení zajišťuje celodenní podporu pro osm uživatelů se středně těžkou mentální retardací. Nepřetržitě se zde střídají, i na nočních směnách, pracovníce v sociálních službách. Jejich největším úkolem je především motivování a spolupráce na udržení co největší míry soběstačnosti uživatelů. Lékaře navštěvují klienti s podporou personálu v ordinacích lékařů, musejí k nim dojíždět. Klienti mají možnost navštěvovat terapeutickou dílnu nacházející se v půdních prostorách. Na obědy docházejí do místní restaurace s pracovníci v sociálních službách. Dobře zde funguje i tzv. sousedská výpomoc. V poledne v domě zůstávají dva klienti, kterým jsou obědy přinášeny. Za účelem zajištění bezpečí k nim v tuto dobu dochází paní ze sousedního domu.

- **Byt v Náměšti nad Oslavou**, Husova ul.

V tomto bytě žije klient, který se zcela osamostatnil. Byt je umístěn ve stejném domě, jako ubytovna klientů, avšak na jiném patře. Klient má byt dočasně v nájmu, a protože zvládá samostatný život, do budoucna si hledá trvalé bydlení obdobného rázu.

Celý proces transformace provází i kompletní proměna v myšlení pracovníků. Ti byli zvyklí vykonávat různé činnosti za klienty a nezapojovali je ani do rozhodování. Přitom si vůbec neuvědomovali, že jim tím škodí. Ke změně došlo až při pochopení, že je lepší klienty podporovat v běžných denních činnostech a přenést zodpovědnost i na ně. Neznamena to však nestarat se o ně, ale dávat každému podporu individuálně, kolik jí potřebuje. V ústavu si to většinou pracovníci, až na výjimky, neuvědomovali. Pokud byli zapojeni v procesu „uvnitř ústavu“, neměli nad věcí náhled. Teprve nyní, když se dělá spousta věcí jiným způsobem, začínají chápat smysl.

V Ústavu sociální péče Jinošov nebyla k dispozici klientům cvičná kuchyň, kde by mohli nacvičovat přípravu jídla. Stravu připravovaly kuchařky v kuchyni, kam z provozních a hygienických důvodů klienti

neměli přístup. Někteří uživatelé tak neměli možnost zachovat si dovednosti, které měli před vstupem do ústavu. V ubytovnách či domcích, kde nyní klienti žijí, jsou vedeni k nácvičku dovedností spojených s přípravou jídla a za podpory personálu nakupují potřebné suroviny. Obědy byly nejprve zajišťovány rozvozem z ústavní kuchyně, později dodavatelským způsobem. Na některých ubytovnách se klienti zapojili i do přípravy oběda. Začalo se s vařením oběda, nejprve o víkendech, jak se nyní děje například u klientů žijících na ubytovnách v Husově ulici a Oslavanu. Klienti zapojují svoje úsilí a mohou si připravit stravu podle svého přání. Klienti z vily na Nerudově ulici se v této oblasti osamostatnili nejvíce. Vaří si obědy za podpory personálu, každý den podle týdenního jídelníčku, který si společně plánují. Způsobem stravy, ale i ekonomickým zabezpečením, se tak přibližují chodu v běžných domácnostech. S touto vilou se počítá s bydlením i v budoucnu, v rámci transformace dojde k jejímu odprodeji, neboť vyhovuje všem požadavkům a kritériím.

Na všech ubytovnách jsou k dispozici pračky, se kterými se učí klienti zacházet. V ústavu všechna činnost spojená s praním a žehlením prádla byla zabezpečována prádelnou s personálem. Pouze tři klienti, kteří měli uzavřenou pracovní dohodu, chodili vypomáhat. Prádlo tak končilo vyžehlené a často i personálem uklizené v klientově skříni. Praní, sušení i žehlení prádla nyní také provozují klienti za podpory personálu. Jedna klientka dobře zvládá i obsluhu pračky, takže všechny tyto činnosti vykonává zcela samostatně.

Klienti se zapojují do aktivit spojených s úklidem v domácnosti, jako například vysávání, vytírání podlahy, utírání prachu, zalévání rostlin, mytí a utírání nádobí, a to buď samostatně nebo za podpory personálu. Pouze v domově pro osoby se zdravotním postižením, kde jsou klienti s těžkým mentálním postižením a chod domácnosti nezvládají, vykonává tyto činnosti personál.

Na ubytovně v Náměšti nad Oslavou spolu žije jeden partnerský pár na společném pokoji. Jedná se o dlouhodobější vztah klientky a klienta, kteří se sblížili při společných aktivitách na letní dovolené. Pracovníky

je nyní tento vztah podporován, i když v nich zpočátku vzbuzoval spíše nedůvěru a obavy. Taktéž spolubydlící z ubytovny vzali tento vztah na vědomí.

Klienti dnes běžně docházejí na terapie v jiných ubytovnách. Zpočátku však nebylo vůbec jednoduché zavést chod tak, aby jednotliví klienti nezůstávali v dopoledních hodinách na ubytovnách. Jen klienti imobilní, nebo s těžkou vadou pohybového aparátu, navštěvují terapie zřízené ve své ubytovně. Terapie neslouží jen k vyplnění volného času klientů, ale mají za úkol nahrazovat přirozené zdroje pracovního uplatnění, kterého je v tomto regionu nedostatek. Ranní vstávání, podílení se na přípravě snídaně a odchod z ubytovny, to vše simuluje přirozené činnosti běžné populace a posiluje návyky vedoucí k uplatnění se na trhu práce.

Pracovní uplatnění klientů je i jedním z cílů chráněného bydlení. Nabídka pracovních činností, které pomáhají vyhledávat vedoucí pracovníci tím, že oslovují s tímto záměrem vhodné zaměstnavatele, jsou však prozatím spíše krátkodobého rázu. Například práce v tiskárně při výrobě propagačních materiálů – 1 klient, práce pro zahradnickou firmu – 1 klient, práce při výstavbě nového hřiště – 2 klienti, pomocné nátěrové práce – 2 klienti, pomocné práce při výstavbě řeznictví – 5 klientů, dlouhodobější práce pro stavební firmu při úpravě rybníka – 6 klientů apod.

Uživatelé žijící na ubytovně Oslavan, dostali příležitost dlouhodobějšího zaměstnání, jako obsluha v kavárně a jako pomocníci při údržbě zámeckého parku v Jaroměřicích nad Rokytnou. Právě zde má vzniknout nově plánovaná domácnost těchto klientů po transformaci, proto v budoucnu odpadá dojíždění klientů za prací. Do přípravy klientů se také zapojil Denní stacionář Barevný svět v Třebíči, v rámci projektu s názvem Rozvoj pracovních terapií. Proto klienti navštěvovali vždy dva dny v týdnu od listopadu loňského roku stacionář a účastnili se Motivačního kurzu s cílem osvojení si určitých dovedností – například jak se mám chovat ve společnosti, k zákazníkovi, jak si odpočinout po práci, jak třídit odpad a podobně. Po absolvování byl výukový program ukončen závěrečnými zkouškami a klienti obdrželi osvědčení. Nyní příprava na tuto práci dále

pokračuje praktickou výukou. Část klientů se bude specializovat na práci v kavárně, a část na práci v zahradě. Do pracovního poměru v prostorách jaroměřického zámku by klienti měli nastoupit již od měsíce dubna, kam budou prozatím dojíždět několik dní v týdnu. Klienti se na práci těší, jsou rádi, že našli ve společnosti uplatnění.

Větší samostatnost a svoboda pohybu klientů utváří vyšší sebevědomí klientů. Uvádím příklad klientky, která by ráda sama nakupovala větší nákupy pro sebe, ale netroufala si na cestování autobusem. Nákupy za ni obstarával personál, ale nemohla si zboží sama vybrat. Potom se začala jednou za měsíc dopravovat do většího města autobusem, nejdříve s pracovníci, pak již samostatně, což byl i její cíl uvedený v individuálním plánu. Po půl roce začala sama jezdit za maminkou, která na ni čeká na nádraží. Předtím vždy jezdila na návštěvu jen maminka za dcerou. Možnost častějšího setkávání upevnilo jejich vzájemný vztah.

Léky byly klientům podávány jen zdravotním personálem. Odpovědnost za svoje zdraví je nyní ponecháno na klientech samotných (za předpokladu, že klient je schopen brát léky samostatně). Léky nyní chystá klientům zdravotní sestra do malých boxů, které jim ráno rozdává, a oni je pak užívají samostatně. Ostatním klientům připomíná sloužící pracovník v sociálních službách, aby lék užili, anebo jim léky podá. Klientům je vysvětlováno, proč by měli léky brát, co se stane, když si je nevezmou. S tím souvisí také docházka k lékařům do ordinací. Lékař se domlouvá vždy s klientem, někdy je přítomen i pracovník, který se do hovoru snaží nezasahovat, ale může později klientovi vysvětlit, čemu nerozuměl. Zpočátku, když klienti začali docházet k lékaři samostatně, pracovník telefonickým hovorem zpětně ověřoval informace, které předal klient, například pokud informace nebyly důvěryhodné. Dříve lékař dojížděl do ústavu, klienta vyšetřil, ale diagnózu řešil bez přítomnosti klienta se zdravotní sestrou. I v tomto přístupu je jasně vidět pozitivní změna k lepšímu. Nehledě na to, že v čekárně ordinace se může klient zapojit do hovoru s ostatními lidmi, neboť i čekárna u lékaře je místem, kde se dá navázat společenský kontakt.

Vedení Domova bez zámku sídlí v Náměšti nad Oslavou, ubytovny a pronajaté domy se nacházejí v okruhu třiceti kilometrů. Po transformaci bude situace obdobná, služby budou rozmístěny v okruhu několika desítek kilometrů. Celý systém je již nyní náročné zkorigovat tak, aby správně fungoval. V budoucnu se proto jistě zúročí zkušenosti se zajištěním provozu.

Každá ubytovací jednotka je svým způsobem osobitá, služby jsou poskytovány podle individuální míry a rozsahu potřeb klientů. Obytné jednotky jsou také v různé míře samostatné, záleží na motivaci a schopnostech klientů, jak se podílejí na společném chodu domácnosti. Obecně jsou více samostatné menší obytné jednotky, které se přibližují běžným domácnostem, klienti zde také více uplatňují svoji vůli. Záleží však i na stupni mentálního postižení klientů, na vhodnosti způsobu motivace a na míře poskytované podpory.

### **7.3 Úprava způsobilosti k právním úkonům**

Přitom, jak se klienti stávali postupem času samostatnější, bylo patrné, že zbavení způsobilosti některé klienty při běžných denních činnostech velkou měrou omezuje. Toto omezení výrazně převažovalo nad ochrannou funkcí, kterou má zbavení či omezení způsobilosti k právním úkonům plnit. Pokud žili klienti v ústavním zařízení, nebyla tato skutečnost natolik patrná. Klienti zvládají nakupování a hospodaření s určitou částkou peněz, která mnohdy neodpovídá rozsudku vyneseného soudem. Proto nyní vedení organizace a sociální pracovníci přehodnocují rozsudky a snaží se klientům pomoci napravit důsledky plynoucí z omezení či zbavení způsobilosti.

Osoby se zbavenou způsobilostí k právním úkonům nemohou činit právní úkony, přesto jim zůstávají jejich lidská práva. Často se tak klienti dostávají do paradoxních situací, protože v praxi se oblast právních úkonů a lidských práv v mnoha směrech prolíná. Příkladem může být základní lidské právo vybrat si, co budu jíst, ale zároveň nemožnost koupit si to (právní úkon).

Ve spolupráci s opatrovníky byly podány návrhy na soud, aby přezkoumal způsobilost k právním úkonům u sedmi uživatelů sociální služby. Ve dvou případech, u osob omezených způsobilosti k právním úkonům, soud navýšil částku, se kterou mohou klienti disponovat. U původní částky, která naprosto nevyhovovala dnešním poměrům (20,- Kč a 50,- Kč) došlo k přehodnocení a oba klienti jsou nyní způsobilí hospodařit s částkou do 1000,- Kč. U dalších pěti osob soud přehodnotil zbavení způsobilosti, nyní jsou tito klienti pouze omezeni ve způsobilosti k právním úkonům. Mohou hospodařit s částkou 200,- nebo 300,- Kč, u jednoho klienta soud vyměřil i měsíční částku, kterou klient nesmí v hospodaření překročit a to 3000,- Kč.

Jednání u soudu předcházelo vyšetření psychiatrem, který určil soud, pro účely vypracování znaleckého posudku. Samotného jednání se vždy účastnil klient a jeho opatrovník, sociální pracovníce a v jednom případě i klíčový pracovník klienta. Kromě prvního jednání došlo vždy i na výslech klienta.

S odstupem času je vidět nový, vstřícnější přístup k osobám s mentálním postižením. Není to tak dávno, co poskytovatel navrhoval u soudu změnu způsobilosti k právním úkonům u klienta zbaveného způsobilosti. Klient krátce předtím absolvoval kurz pracovníka v sociálních službách, naučil se samostatně cestovat do jiného města, hospodařil sám se svým kapesným, a vůbec byl schopen činit právní úkony, ke kterým byl zbaven způsobilosti je činit. Tento klient nebyl k jednání předvolán, jednání probíhalo za jeho nepřítomnosti a rovněž pošta ze soudu nedocházela do jeho rukou. Rozsudek byl zamítavý, až odvoláním na Krajský soud se dosáhlo náležitého výsledku, a to alespoň omezení způsobilosti k právním úkonům.

Z celkového počtu 70ti klientů Domova bez zámku je nyní devět způsobilých k právním úkonům, tento stav se nezměnil. Deset osob je omezených a 51 osob zbavených způsobilosti k právním úkonům (z původního počtu 56 osob). V tomto roce se uvažuje o podání dalších

dvou návrhů na přezkoumání způsobilosti u klientů zbavených způsobilosti k právním úkonům, s cílem dosáhnout omezení.

#### **7.4 Změny v personálním obsazení**

Přestože se v této práci věnuji v první řadě uživatelům sociálních služeb, nemůžu se nezmínit o hlavních změnách v personálním obsazení a významu pracovníků v transformačních procesech.

Změny poskytované sociální služby po procesu transformace, i během dvou plánovaných etap, vyžadují odlišné personální obsazení, zejména z důvodu měnících se potřeb klientů, a z toho plynoucího využívání jiné služby než dosud. Služby nejsou zajišťovány zpravidla centrálně, nýbrž podle požadavků jednotlivých domácností. Některé služby jako úklid, praní, žehlení si obytná jednotka zajišťuje sama vlastními silami, jak je tomu zvykem v běžných domácnostech.

Do nově poskytovaných chráněných bydlení a domovů pro osoby se zdravotním postižením, byli přijati pracovníci v sociálních službách, neboť se vznikem ubytování na vícero místech vznikla potřeba zajištění chodu na ubytovnách. Předností nových pracovníků je, že sebou nepřinášejí své staré zažitě způsoby práce, ale pracují v souladu s moderními trendy sociálních služeb.

Od prosince roku 2009 je zaměstnán v ústavu metodik pro transformaci sociálních služeb, jehož hlavní činností bylo vypracování Plánu transformace Ústavu sociální péče Jinošov. Pracuje na plný úvazek a je hrazen z prostředků ESF. Konkurzním výběrovým řízením byla vybrána pracovníce, která již v ústavu kratší dobu pracovala. Výhodou je, že znala prostředí i klienty, ale nebyla deformována zažitými historickými postupy, a je otevřena novým transformačním trendům, spojeným se začleňováním klientů do přirozeného prostředí. Od září 2010 pracuje nadále jako metodik pro transformaci, nyní již pod zaměstnavatelem ÚSP Jinošov.

Ke konci roku 2010 opustil areál zámku Ústavu sociální péče Jinošov personál i všichni ostatní zbylí klienti. Došlo ke zrušení dvanácti pracovních pozic, jako jsou uklízečky, prادلeny, kuchařky a údržbáři.<sup>82</sup>

Dřívější, převážně ošetrovatelská péče, zajišťovaná zdravotními sestrami a ošetrovatelkami, doznala značných změn již během přípravy procesu transformace. Zdravotní sestry vykonávají činnost již jen v domově pro osoby se zdravotním postižením. Ve druhé etapě transformace se počítá již jen se čtyřmi zdravotními sestrami, pracujícími na poloviční úvazek, zajišťujícími zdravotní službu v obytných jednotkách poskytujících sociální službu domov pro osoby se zdravotním postižením.

Postupná změna, kterou toto rezidenční zařízení prochází, se nepromítá jen do činnosti klientů, nýbrž výrazně ovlivňuje i pracovníky. Musí vzít na vědomí, že uživatel služby je ten, kdo o své osobě rozhoduje. Pracovníci jsou zde, aby podporovali v klientech autonomní bytost a pomáhali jen s těmi činnostmi, které klient nezvládá.

Jiná skladba a měnící se struktura organizace vzniká individualizací sociální služby. Zdravotnický personál postupně nahrazují pracovníci v sociálních službách, kteří se klientům věnují podle jejich potřeb. V malých obytných jednotkách jsou jim blíže, a mohou tak lépe reagovat na specifické potřeby klientů, které rovněž nejsou neměnné, tak jak klient sám prochází transformační změnou. Pracovníci se stále více spoléhají sami na sebe a denně řeší nové skutečnosti, které vyplývají z individuálních potřeb a požadavků klientů. Služba není striktně vedena shora nadřízenými pracovníky, ale naopak vychází i zespodu od klientů samotných.

---

<sup>82</sup> *Personální analýza*. Vnitřní dokument ÚSP Jinošov, s. 7.

## 8 Přínos integrace pro klienty

V této poslední kapitole se zaměřím na cíle praktické části bakalářské práce a na empirické šetření. Nejprve stanovím cíle, metodu sběru dat a zaobírám se vlastním šetřením. Poté získaná data analyzuji. Informace vyhodnocuji podle jednotlivých okruhů k sobě náležejících. V závěru této kapitoly shrnuji výsledky šetření.

Oproti minulému stavu, kdy sociální službu poskytoval Ústav sociální péče Jinošov, a současnému stavu, kdy tuto službu poskytuje následná organizace Domov bez zámku, došlo k zásadním změnám v životě klientů. Tyto změny nemají zatím výslednou podobu, té bude dosaženo ukončením transformačního procesu. V této práci chci postihnout ty změny, kterých již bylo průběžně dosaženo.

V bakalářské diplomové práci směřuji ke dvěma cílům:

### **Cíl 1:**

Zhodnotit, zda je probíhající integrace pro klienty přínosem, na základě konfrontace poskytovaných služeb v bývalém Ústavu sociální péče Jinošov a v Domově bez zámku.

### **Cíl 2:**

Zjistit současnou spokojenost klientů s poskytováním sociální služby.

**Metoda:** použitou metodou jsou řízené rozhovory s respondenty formou dotazníkového šetření.

### **Výběr a stanovení počtu respondentů**

Respondenti musí být uživatelé nynějších sociálních služeb Domova bez zámku, jedná se tedy o osoby s mentálním a kombinovaným postižením. Z celkového počtu nynějších 70ti uživatelů sociálních služeb, bylo vyřazeno sedm klientů, kteří se stali uživateli sociální služby až v poslední době a nezažili pobyt v Ústavu sociální péče Jinošov. Nemohli by tedy zodpovědět srovnávací otázky, kterých v rozhovoru používám a šetření by tak nemělo adekvátní hodnotu. Ze zbývajících 63 klientů je asi polovina

osob schopna porozumět obsahu rozhovoru a adekvátně formulovat svoje odpovědi, neboť jak jsem již výše v teoretické části uvedla, osoby s mentálním postižením mají také často omezené schopnosti v komunikačních dovednostech.

Na počátku jsem si stanovila za cíl, provést rozhovor alespoň s 30ti klienty. V průběhu rozhovoru jsem byla schopna otázky vysvětlit a přiblížit natolik, že celkový počet rozhovorů jsem nakonec uskutečnila s 36ti respondenty. Pro získávání dat i od dalších uživatelů by se musel rozhovor nejen značně zjednodušit, ale musely by být použity i alternativní způsoby komunikace. Pro účely zpracování dat je výzkumný vzorek v počtu 36 respondentů plně dostačující.

Klienti jsou v současné době uživateli dvou druhů sociálních služeb, a jsou rozmístěni celkem v šesti ubytovacích prostorách. Respondenti byli vybráni tak, aby šetření obsáhlo oba typy sociálních služeb a všechny druhy ubytování.

#### *Rozdělení respondentů podle druhů sociální služby:*

- \* klienti z domova pro osoby se zdravotním postižením 14 osob
- \* klienti z chráněného bydlení 22 osob

#### *Rozdělení respondentů podle jednotlivých typů ubytování:*

- ↑ klienti z ubytovny Husova, Náměšť n. Osl. 9 osob
- ↑ klienti z ubytovny Oslavan, Náměšť n. Osl. 6 osob
- ↑ klienti z vily na Nerudově ul., Náměšť n. Osl. 5 osob
- ↑ klienti z ubytovny FC, Náměšť n. Osl. 11 osob
- ↑ klienti z ubytovny v Rouchovanech 3 osoby
- ↑ klienti z domu ve Vícenicích 2 osoby

### **Průběh rozhovorů**

Podle předem připraveného formuláře, který tvoří osnovu polostrukturovaného rozhovoru s 26ti otázkami, jsem kladla otázky jednotlivým respondentům.

Při většině šetřeních probíhal rozhovor pouze za přítomnosti mé osoby a respondenta na uzavřeném místě, kde bylo zajištěno soukromí. Ve dvou případech si respondenti přáli, aby byl přítomen rozhovoru i jiný klient, kterého respondent určil, a ke kterému měl důvěru. Původně plánovaná možnost přítomnosti klíčového pracovníka u rozhovoru nebyla při tomto výběru klientů využita. Klienti, které jsem oslovila, byli ochotni přistoupit k rozhovoru, pouze v jednom případě klient odmítl poskytnout rozhovor.

Rozhovor jsem vedla se všemi klienty osobně, aby byla zaručena neměnnost podání rozhovoru, a abych mohla v případě, že klient neporozuměl položené otázce, danou otázku vysvětlit. Nepočítala jsem ani s vyplněním dotazníků jinými pracovníky, abych se vyhnula zkreslení obsahu, nebo jen holému položení otázky tak, jak je zaznamenána v dotazníku. Za léta praxe, kdy jsem v pobytovém zařízení pracovala, jsem klienty poznala a vytvořil se mezi námi důvěrný vztah. Rozhovor jsem navedla pokaždé tak, abych pokládané otázky zakomponovala do rozhovoru a uzpůsobila jejich stupni mentálního postižení, abychom si rozuměli. V průběhu rozhovoru jsem někdy musela pružně reagovat na klienta, který se rozprávěl k jiné otázce, proto řazení otázek je spíše orientační.

Domnívám se, že klienti odpovídali na mé otázky podle svého názoru a neměli potřebu něco předstírat, či hledat za mými otázkami další úmysl. K tomu nejspíše přispěla i skutečnost, že nyní již v domově nepracuji, a k předstírání tedy nemají žádný důvod.

Odpovědi respondentů jsem zaznamenávala do formuláře sama, jedním z důvodů je i to, že ne všichni z okruhu respondentů umí číst a psát.

Délka rozhovoru se pohybovala v rozmezí 25 – 35 minut, podle potřeby respondenta pro zodpovězení všech otázek.

### **Obsah rozhovorů**

Obsahem rozhovorů byly jednak srovnávací otázky, ve kterých srovnávám pobyt a poskytované služby v Ústavu sociální péče Jinošov a jejich současnou podobu. V tomto okruhu otázek se věnuji i nově nabytým

dovednostem, jako například používání domácích spotřebičů, samostatného užívání léků, používání hromadných dopravních prostředků k cestování, hospodaření s finančními prostředky a podílení se některými činnostmi na chodu domácnosti. Další otázky zavedené v rozhovoru slouží ke zjištění současné spokojenosti klientů (Stýská se Vám po něčem, nebo po někom? Cítíte se bezpečně? Jste spokojen s poskytovanou péčí? Chybí Vám podpora v některých oblastech? Jste spokojený s přístupem pracovníků k Vám? Rozumíte si se svými spolubydlícími? Připadáte si osamocené?). Část otázek se týká pracovního uplatnění klientů a zjištění, zda mají klienti o práci zájem. Do rozhovoru jsem zavedla i problematiku vztahující se ke způsobilosti k právním úkonům.

#### **Obsahem rozhovorů jsou tyto okruhy:**

- srovnávací otázky – č. 1, 2, 4 - 6, 19, 20,
- současná spokojenost respondentů – č. 3, 7, 13, 14, 16 - 18, 24,
- otázky týkající se nového způsobu života – č. 8 - 12, 15, 21 – 23,
- informace týkající se osoby respondenta – č. 25 a 26.

Otázky záměrně slouží i ke zjištění spokojenosti osob. Provedená analýza bude také předána do pobytového zařízení, a použita jako podklad ke standardu č. 15 - zvyšování kvality poskytované sociální služby. V rámci tohoto standardu zapojuje poskytovatel do hodnocení poskytovaných služeb také zaměstnance a další zainteresované osoby. Analýzu použije poskytovatel pro vlastní rozvoj.

#### **Analýza rozhovorů**

Řízenými rozhovory s 36 respondenty jsem získala data, která dále analyzuji. Zjištěná data vyhodnocuji podle jednotlivých otázek, není to však vždy, pokud otázky k sobě náležejí, vyhodnocuji je společně. Informace jsou seříděny podle okruhů, ke kterým náležejí. Analýza okruhů tvoří vždy jednu podkapitolu textu. U některých otázek, kde je patrný rozdíl v odpovědích mezi uživateli poskytované služby domov pro osoby se zdravotním

postižením a chráněným bydlením, srovnávám i tyto údaje. V závěru celé kapitoly shrnuji zjištěné informace.

Otázky použité v rozhovoru pro účely této analýzy uvádím ve zjednodušené formě. Formulář pro zaznamenávání odpovědí respondentů obsahující otázky v pořadí, v jakém jsem je respondentům pokládala, je uveden v příloze I.

### **8.1 Vyhodnocení informací týkajících se respondentů**

Jako první vyhodnocuji informace, které se týkají osob respondentů. V dotazníkovém šetření byly uvedeny jako poslední v pořadí 25 a 26.

- informace týkající se osoby respondenta – č. 25 a 26.

#### **Otázka č. 25 Jste muž nebo žena?**

Mezi respondenty byly dvě ženy a 34 mužů.

V Domově bez zámku žije celkem pět žen, avšak tři se staly uživateli služby později, proto byly hned na začátku vyřazeny z okruhu možných respondentů, viz. kap. 8 - výběr a stanovení počtu respondentů.

#### **Otázka č. 26 Kolik máte roků?**

Otázka zabývající se zjištěním věkové skladby respondentů. Uvádím analýzu odpovědí podle toho, jak je uvádějí sami respondenti:

- |              |                  |
|--------------|------------------|
| ▫ do 25 let  | žádný respondent |
| ▫ do 40 roků | 3 respondenti    |
| ▫ do 50 let  | 11 respondentů   |
| ▫ nad 50 let | 22 respondentů   |

### **8.2 Vyhodnocení změn v životě klientů**

V této podkapitole vyhodnocuji získané informace z otázek, které jsou srovnávacího typu. Srovnává se zde pobyt a poskytované služby v Ústavu sociální péče Jinošov a jejich současná podoba poskytovaná Domovem bez zámku.

- srovnávací otázky – č. 1, 2, 4 - 6, 19, 20.

### Otázka č. 1 **Co se Vám líbilo na pobytu v ústavu v Jinošově? Co se Vám naopak nelíbilo?**

Tato dvojice otázek je srovnávacího typu.

Na otázku **Co se Vám líbilo?** respondenti často (v devíti případech) vzpomínali na pěkné prostředí parku, který zámeckou budovu obklopoval, dokonce uvedli i daňky v oboře. Dva klienti z ubytovny u fotbalového stadionu vzpomínali na to, že ven do parku mohli chodit samostatně. Nyní chodí ven jen s doprovodem personálu a je poznat, že jim volný pohyb, třebaže byl jen v areálu po parku, chybí.

15 respondentů nevedlo nic, co by se jim při bývalém pobytu líbilo. Nebude to zřejmě tím, že by si momentálně nemohli nic vybavit, protože současně 14 z těchto osob uvádí na otázku č. 4 odpověď, že je to pro ně změna k lepšímu a jen jeden respondent neví, zda je to změna k lepšímu či k horšímu.

Jeden z respondentů uvedl, že se mu v ústavu líbilo „*jen něco*“. Další uvedl, že se mu líbilo, že „*člověk byl bez starostí, bylo o všechno postaráno*“. Zde narážíme na přebírání povinností, se kterými je sociální začleňování do běžné komunity spojeno. Výrok „*ležel jsem a spal*“ nebo „*tam bych měl klid*“ od jiných respondentů, je steskem v obdobném duchu. Nemusí to však nutně znamenat, že se klientům zahálka líbila a svá práva i zodpovědnost by rádi vyměnili za nečinnost. Někteří respondenti naopak uváděli pracovní činnost jako to, co se jim v ústavu líbilo – „*mohl jsem pracovat v prádelně*“, „*hrabal jsem listí*“, „*jezdil jsem do práce do kovošrotu*“.

Na aktivity jako koupání v bazénu, sezení venku na lavičkách, vycházky, oslavy a posezení pro klienty společně s rodinnými příslušníky, vzpomínají další osoby. Někdo vzpomněl na kamarády, se kterými se nyní vidí jen občas, protože žijí v ostatních ubytovnách. I na tuto potřebu je personálem pamatováno a pokud se plánuje cesta služebním vozem na některou z ubytoven, vždy se přibírají i klienti, kteří mají zájem o návštěvu.

O vnitřním vybavení se zmiňují další respondenti „*líbilo se mi, když to bylo předělané a všechno bylo čisté*“ a „*líbily se mi nové pokoje, koupelna, záchod v půdní vestavbě*“. Nově postavené pokoje v půdní vestavbě, kde bydleli klienti na pokoji po menším počtu, byly skutečně oproti bydlení v zámecké budově velmi pěkné. Bohužel převážná většina klientů bydlela v hlavní zámecké budově, kde podmínky pro život nebyly tak příznivé a byly spojené se všemi možnými negativy a omezeními života v ústavu. Vždyť ještě před zahájením stavebních úprav žilo v jednom pokoji až 12 klientů, a pokoje byly dokonce průchozí, což neumožňovalo ani v nejmenším zajistit jejich soukromí.

A jaká jsem získala data z odpovědí na otázku **Co se Vám naopak nelíbilo?** Největší jednotnou skupinou respondentů (15) jsou ti, co neuvádí nic, co by se jim v bývalém ústavu nelíbilo. Je jich sice jen 15, což netvoří ani polovinu dotazovaných osob, otázkou však zůstává, zda tito klienti byli natolik s tímto pobytem v ústavu spokojeni, nebo si jen momentálně na nic konkrétního nevzpomněli. Protože dvě třetiny z nich tvoří klienti domovů pro osoby se zdravotním postižením, přikláním se k názoru, že se jedná o tu část klientů, která si ještě úplně nezvykla na dosavadní způsob života. S trochou nostalgie vzpomínají na ústav, protože vědí, že už se tam nemohou vrátit zpět. Probíhající změny v nich zatím vyvolávají spíše neklid a nejistotu. Až se později zabydlí v nových domácnostech po menším počtu klientů a bude jim poskytována kvalitní sociální služba podle jejich individuálních potřeb, budou zřejmě spokojenější. Avšak předtím je čeká ještě jedno stěhování.

Další respondenti mají zcela opačný názor: „*Ústav byl za zdí, byla tam jen vylidněná vesnice a jen restaurace*.“ Na uzavřenost ústavu a nedostatek veřejných služeb si stěžují i další respondenti ve smyslu „*byli jsme tam zavření, byl tam jeden obchod a jen jedna hospoda*“. Klienti si připadali izolovaní od ostatního světa, což dokládají slovy „*pořád za zdí*“, „*byli jsme jak opičáci, zavření*“, „*bylo to ohraničené*“ nebo „*bylo to tam jak trestanecký ústav zavřený*“. Osoby s mentálním postižením mají

rozvinuté emocionální citění, proto vnímají svoje vyloučení ze společnosti velmi intenzívně. Segregace osob se zdravotním postižením do velkých ústavů patřila k běžné praxi při péči o tyto osoby.

Nedostatek volného pohybu chyběl dalším osobám: *„táhlo mě to ven a nemohl jsem, byl jsem stresovaný“*, *„nemohl jsem jít, kam jsem chtěl“*, *„pořád jsme byli na jednom místě“* nebo *„nemohli jsme jít kdykoliv ven“*. K omezování práv klientů, tedy i svobody volného pohybu, denně docházelo. Převážná většina pracovníků si to však neuvědomovala a považovala to za běžnou praxi, která má klienty ochránit a přispět k jejich bezpečí. Dnes mají klienti naprostou svobodu ve volném pohybu, mohou jít kam chtějí a kdy chtějí. Pouze osoby, které nezvládají samostatný pohyb, doprovázejí pracovníci, a ty zdatnější třeba klient, který se pohybuje samostatně.

Další tři respondenti uvedli jako zápor velký počet lidí žijících na jednom místě, což způsobovalo problémy: *„někdy se tam kradly věci“*, *„hluk, který dělali ostatní“*, *„samí rváči tam byli, zlí chlapi“*, *„bili mě tam“*, *„(klient) chtěl pořád sirky a otravoval“*, *„kouřilo se na záchodě, toho si nikdo nevšímal“*.

Někteří klienti se cítili zneužívání k práci, což utvrzují tyto jejich výroky: *„ráno jsem musel brzy vstávat (ve čtyři) kvůli pekařovi a odhrnovat snůh“*, *„znečištěné záchody jsme museli vytírat“* a *„musel jsem moc pracovat“*.

Bydlení na zámku, tamější prostředí a stěhování po havárii se nelíbilo dalším klientům. Přístup zdravotního personálu: *„dostal jsem injekci a nikdo mi k tomu nic neřekl“* a *„přísnost sester“* byl také jistě pádným důvodem k nelibosti. Charakterizuje klasický ústavní přístup, ve kterém byli klienti považováni na nesvéprávné pacienty, za něž rozhoduje zdravotnický personál. Dnešní přístup pracovníků je naštěstí ve většině případů zcela odlišný, postavený na rovnocenném partnerství.

Klient, kterému se na začátku pobytu v ústavu nelíbilo, vzpomíná při rozhovoru na toto téma takto: *„utíkal jsem, potom jsem si zvykl.“* Nic jiného často klientům ani nezbyvalo. Jiný druh péče skoro neexistoval

a přijetí do ústavu za klienta většinou vyřizovala jiná osoba, bez jeho vědomí. A tak se klient náhle ocitl na neznámém místě s mnoha pro něj cizími lidmi. Nyní je praxe odlišná, pracovníci se na nového klienta zaměřují, sledují průběh adaptace, jeho psychický a zdravotní stav. K pozitivnímu přístupu ze strany klienta přispívá také to, že před uzavřením smlouvy s poskytovatelem o poskytování sociální služby uživatel navštívuje domov dopředu, seznámí se s prostředím a poskytovanými službami a k přijetí dává souhlas. Smlouva také může být z jeho strany kdykoliv vypovězena.

### Otázka č. 2 Co se Vám nyní líbí ? Co se Vám naopak nelíbí?

Další dvojice otázek srovnávacího typu. Takže **Co se Vám nyní líbí?** Opět „*veškerá volnost*“ a svoboda pohybu, a tu uvádějí respondenti dokonce v šestnácti případech různými výpověďmi, například „*dojdu si, kam potřebuju*“ nebo „*můžu jít kdykoliv ven, kamkoliv odejít a přijít kdy chci, pohoda*“. Respondenti v některých případech uvádějí, kam rádi docházejí – do blízké hospody, do města, do obchodů, kterých je zde víc, mezi lidi, na diskotéky, na vycházky, ven, za kamarády na návštěvu, sami na oběd, na nákupy.

Tři respondenti se vyjadřují „*tady se mi líbí všechno*“, jen jeden nenachází nic, co by se mu při nynějším způsobu života líbilo. Menší počet klientů na ubytovnách označuje kladně pět respondentů. Jednomu muži z domu ve Víčenicích, kde žije celkem osm klientů se líbí, že už nemusí pracovat „*můžu si odpočinout, jsem už starý*“. Jídlo si pochvalují tři respondenti žijící ve dvou domovech pro osoby se zdravotním postižením. Jiný respondent uvádí práci na ubytovně jako činnost, která se mu líbí a další uvádí možnost navštěvovat stacionář Barevný svět, kde se nacvičuje pro práci v kavárně. Klienti se také vyjadřují, že se jim líbí prostředí ubytovny, případně terasa na ubytovně FC. Samostatné hospodaření s financemi si pochvaluje další klient: „*jsme volnější, bereme peníze do ruky a můžeme si sami nakupovat, co chceme*“. Možnost vlastnit klíč od skříně se líbí jinému klientovi. Ještě jedna odpověď stojí za povšimnutí: „*Tady*

*jsou lepší podmínky, dostanu se mezi lidi, ledasco vím, tam jsem nevěděl, co mě čeká“.*

**Co se Vám naopak nyní nelíbí?** Nejpočetnější skupina 19ti klientů nenachází nic negativního na současném způsobu života, uvádím jednu odpověď za všechny: *„jsem zde spokojený, není nic, co by se mi nelíbilo“.*

A opětovně zapojování do denních činností a práce na ubytovně je dalším hlavním tématem jedenácti respondentů. Některým se nelíbí, že *„musím něco dělat sám, co zvládnu“* nebo že *„musím uklízet“* a také se nelíbí *„starost o stravu“*, která může být skutečně starostí, neboť je to jedna z hlavních činností, ve které došlo oproti původnímu způsobu života opravdu k velké změně. Někteří klienti jsou již nyní sebevědomější, uvědomují si nezbytnost praktických dovedností pro život. Pochvalují si svoji samostatnost, oproti minulému stavu se jim zvýšila kvalita jejich života. Jiní uživatelé sice vykonávají praktické činnosti, často ne však ze svého vlastního přesvědčení, a podle toho k nim přistupují. Následující výpověď tuto myšlenku utvrzuje: *„je to tady moc přísný, musíme pracovat, umývat nádobí, vytírat“.* Jiní respondenti si stěžují na výkon těchto činností u druhých klientů, nelíbí se jim, *„když to někdo neudělá pořádně“*, zde konkrétně se jedná o úklid kuchyně, další klient si stěžuje na některé osoby, kterým se nechce dělat. Taktéž přerozdělení úkolů nemusí být vždy snadné, dvěma klientům se nelíbí, *„když se někdo hádá, co kdo bude dělat“.*

Klienti nejsou nikým nuceni do činností, které by nezvládli. Pokud ale společně bydlí, a jsou schopni výkonu běžných denních činností, jsou k nim pracovníci v přímé péči motivováni. Chování pracovníků se nelíbí jednomu z respondentů, který se vyjádřil následovně: *„nelíbí se mi chování pracovníků, pracují podle standardů a furt se jim něco nelíbí“.*

Dalším klientům chybí poblíž ubytoven příroda a jednomu z nich vadí *„že je to ve městě“.* Už se s ním nejspíše počítá do nové domácnosti postavené na venkově, s každým klientem totiž probíhaly rozhovory o představách nového bydlení.

Některým respondentům se nelíbí okolí ubytovny v centru města, kde je *„v noci hluk a hlahol“* a klient z jiné ubytovny uvádí, že mu jde

oknem na pokoj „kouř a smrad z aut“. Další respondent si stěžuje, že „na terapie je to daleká cesta“.

K jídlu se vyjadřuje klient z domu ve Vícenicích, že někdy oběd v restauraci za moc nestojí. Avšak pokud nejsou dlouhodobě klienti se stravou spokojeni, vedení organizace situaci řeší. Již se vyměnila firma, která dodávala obědy na ubytovnu fotbalového stadionu.

Ke vztahům na ubytovně, kde žije 11 osob, se respondent vyjadřuje následovně: „někdy mě někdo naštvě, ale všechno vyřeším ústně, promluvíme si“.

Otázka č. 4 **Jaký máte názor na změnu ve Vašem životě?** (přestěhování, jiné bydlení, jiné prostředí, služby...)

- je to změna k lepšímu 27 respondentů
- na stejné úrovni 6 respondentů
- k horšímu 2 respondenti
- nevím 1 respondent

Klienti tuto odpověď ještě různě upřesňují: „je to změna k lepšímu, učíme se samostatnosti“, „mám svůj pokoj, svoje práva, můžu se zamknout“, „žijeme jako jiní obyčejní lidé“, „mám výhodu, že se dostanu mezi lidi, mě už dost lidí tady zná“.

Vyjádření klienta k novému ubytování zní: „mám pěkný pokoj – dvoulůžák, lampičku a tak“. Klienti se taky těší v budoucnosti na bydlení v nových domácnostech: „je to lepší na ubytovně, ale ještě lepší to bude v těch domkách“.

Otázka č. 5 a 6 **Které domácí spotřebiče používáte v běžném životě?**

**Které jste používal již v Jinošově?**

Dvojice otázek ke srovnání. Víceru spotřebičů používá v současnosti třicet respondentů. 4 respondenti používají stejné elektrické spotřebiče, jako používali při pobytu v Ústavu sociální péče Jinošov. 2 respondenti nepoužívají žádné elektrické spotřebiče.

Klienti se naučili nově používat samostatně, nebo s pomocí personálu nejvíce pračku a žehličku, samostatně mikrovlnnou troubu a sporák, někteří klienti počítač.

Z této analýzy je zřejmé, že došlo ke zvýšení samostatnosti osob v oblasti praktických dovedností, což přispívá také k rozvoji psychické stránky osobnosti a zkvalitnění života klientů.

**Otázka č. 19 a 20 Používáte veřejné hromadné dopravní prostředky? Používal jste tyto dopravní prostředky již při pobytu v Jinošově?**

Otázky srovnávají schopnost používání dopravních prostředků v současné době a při pobytu v ústavu. Nakolik se klienti stali samostatnějšími v oblasti veřejné dopravy, vyplývá z odpovědí provedených rozhovorů. Cestování je právním úkonem (koupě jízdenky), proto by osoby, které zvládají dopravování se veřejnými prostředky, neměly být zbaveny způsobilosti k právním úkonům.

Z analýzy dat vyplývá, že veřejné hromadné dopravní prostředky vůbec v současnosti nepoužívá, ani dříve nepoužívalo, osm z dotázaných respondentů. Jedná se převážně o klienty z domovů pro osoby se zdravotním postižením (pět osob).

Veřejné hromadné dopravní prostředky v současnosti používá, ale zároveň používalo už i dříve při pobytu v ústavu v Jinošově, 23 respondentů. Z nich sedm osob se přepravovalo dříve i nyní samostatně, devět osob dříve i nyní cestovalo jen s druhou osobou a u sedmi osob došlo ke zdokonalení v této dovednosti (cestovali jen s druhou osobou, nebo za pomoci či rady druhé osoby a nyní za pomoci či rady druhé osoby, nebo samostatně).

Čtyři klienti necestovali vůbec, nyní cestování zvládnou s druhou osobou, zde došlo také ke zlepšení v této oblasti.

Jeden klient se dopravoval jen s druhou osobou, nyní necestuje. V tomto případě došlo ke zhoršení dovednosti, nebo klient nemá k cestování důvod.

### 8.3 Vyhodnocení současné spokojenosti respondentů

V této podkapitole vyhodnocuji získané informace, které se zabývají zjištěním současné spokojenosti respondentů.

- současná spokojenost respondentů – č. 3, 7, 13, 14, 16 - 18, 24.

Otázka č. 3 **Stýská se Vám po něčem, nebo po někom?** Kdo, nebo co Vám zde chybí?

„*Po ničem, jsem rád, že jsem odsud vypadl*“, až takto niterně mohou znít odpovědi klientů při vzpomínce na ústav Jinošov. Celkem 20 respondentům se nestýská vůbec a není jim smutno po ničem. Vždyť také proč, většinu klientů potkávají v Náměšti, nebo za nimi jedou: „*občas jedu i do Víčenic*“, „*dojedu si, když se mi zasteskne*“. Jednomu klientovi se stýská „*po Jinošově, po práci na zahradě*“. Již se zacvičuje ve stacionáři pro práci v zámeckém parku v Jaroměřicích nad Rokytnou.

Ostatních 15 klientů uvádí osoby z řad zaměstnanců, klientů – kamarádů, ostatních kluků, kteří jsou na ubytovně v Rouchovanech a ve Víčenicích i na jiných ubytovnách, po kterých se jim zasteskne. Někdy vzpomněli i klienta, který už nežije, či maminku, která je starší a už tak často nejezdí na návštěvy.

Otázka č. 7 **Připadáte si osamoceně?**

Dva klienti odpověděli, že si připadají osamoceně. Na otázku proč první odpovídá, že oba rodiče už umřeli. Druhý osamocený klient dodává: „*ale mám tady kamaráda*“, takže to s tou osamoceností nebude tak zlé.

Další z respondentů odpověděl, že si osamoceně připadá „*trochu, někdy trochu víc*“ z důvodu, že všichni „*vypadnou*“ do terapie a je tu sám. Dva respondenti tuto otázku nezodpověděli.

Zbývajících 31 klientů si osamoceně nepřipadá z různých důvodů: „*jsem tady s klukama, někdy jdu ven*“, „*kamarádů mám dost*“, „*povykládám si, ale na pokoji jsem rád sám*“, „*osamoceně si nepřipadám, mám svoji holku*“, „*kdykoliv můžu někoho navštívit*“, „*tady je furt veselo*“.

Další klient si osamoceně nepřipadá, „*ale někdy nevím, jakou cestou se dát*“.

Osamoceně si tedy klienti nepřipadají. Přestože jsou z ústavu, kde jich žilo sedmdesát, rozdělení do menších obydlí. V některém následujícím šetření by možná bylo vhodnější zjištění opačného rázu, zda mají klienti dostatek soukromí.

**Otázka č. 13 a 14 Žijete na ubytovně, kde je celodenně (i v noci) zajištěna služba personálu? Cítíte se zde bezpečně?**

Zjistila jsem, že pocit bezpečí nikterak nesouvisí se zajištěním nočních služeb. U 20ti respondentů není zajištěna noční služba, a přesto se zde všichni cítí bezpečně. U zbylých 16ti klientů je zajištěna přítomnost pracovníků celodenně, 14 z nich se cítí v bezpečí, avšak dva respondenti se cítí bezpečně jen „někdy“. Jeden z klientů, kde je zajištěna noční služba, na tuto otázku nereagoval.

**Otázka č. 16 a 17 Jste spokojen s poskytovanou péčí? Chybí Vám podpora personálu v některých oblastech? Ve kterých?** (péče o vlastní osobu, osobní hygiena, stravování, aktivizační činnosti, hospodaření s penězi, pomoc při obstarávání osobních záležitostí, jednání na úřadech, pomoc při uplatňování svých práv, při kontaktu s rodinou, známými apod.)

Všichni klienti jsou spokojeni s poskytovanou péčí, pouze 1 respondent neví, zda je spokojen (podpora personálu mu ale nechybí). Podporu při chůzi by přivítal jeden respondent. Klient, který se ve velké míře osamostatnil, by ocenil větší pomoc při hledání nového bytu.

Další respondent uvedl, že by přivítal výuku v oblasti první pomoci: „*nevěděl bych si rady, kdyby se někomu udělalo špatně*“, má na mysli ostatní klienty z ubytovny. Určitě by bylo na místě, nějakým jednoduchým způsobem klienty v této oblasti proškolit a postup první pomoci vhodně umístit v ubytovně i s uvedením telefonního čísla, kam mohou klienti volat o pomoc. Klienti postupně přebírají odpovědnost za sebe, za životy

spolubydlících. V tom vidím velký posun dopředu, vždyť ještě nedávno nemohli rozhodovat ani sami za svoji osobu.

Nejsem si jistá, zda referovaná spokojenost pramení z opravdového pocitu spokojenosti, nebo spíše z nevědomosti klientů, co všechno mohou prostřednictvím sociální služby dosáhnout. Nejprve musí dojít k uvědomění svých potřeb z oblasti sociální péče a pak požadování jejich naplnění. Pasivní klient může vytvářet dojem spokojenosti, ale ve skutečnosti si netroufá nárokovat uspokojení svých požadavků.

**Otázka č. 18 Jste spokojený s přístupem pracovníků k Vám?**

- ano 33 respondentů
- ne 1 respondent
- nevím 1 respondent

Jeden respondent se k otázce nevyjádřil. Klient, který není spokojený s přístupem pracovníků odpověděl „*někdy se mi nelíbí chování některých pracovníků, hlavně když zvyšují hlas*“. To by se profesionálním pracovnícím v oblasti sociálních služeb stávat nemělo. Pokud je to opravdu nepřiměřené zvyšování hlasu pracovníka směrem ke klientům, mělo by zcela nepochybně dojít k nápravě. Nejprve třeba domluvou ostatních pracovníků nebo nadřízeného vedoucího, a také by nebylo od věci domluvit pracovníci supervizi, může se u ní jednat o syndrom vyhoření.

**Otázka č. 24 Rozumíte si se svými spolubydlíci? Chtěl byste s nimi bydlet v nové domácnosti?**

Se svými spolubydlíci si rozumí a v nové domácnosti by s nimi chtělo bydlet 30 dotázaných osob. Další dva uvedli, že neví. Zbývající čtyři odpovědi byly rázu: „*jak kdy*“, „*s někým ano, s někým ne*“, „*jak s kým*“ a „*někdy ano, někdy ne*“.

Závažné rozepře ve vztazích se zřejmě nevyskytují. Klienti dále doplňovali odpověď, že koho chtějí vidět, s tím se vidí a koho nemusí, toho nevyhledávají. Otázka může být i trochu zavádějící, protože někdo může myslet spolubydlíci druhého klienta, který s ním sdílí dvoulůžkový pokoj

(a tyto osoby by si měli rozumět, protože si klient nyní může vybrat spolubydlícího na rozdíl od předchozího stavu) a někdo třeba všechny klienty na ubytovně. Znovu uvádím, že nejvíce klientů žije na ubytovně v Rouhovanech v počtu 23 osob, přičemž nové domácnosti budou jen pro šest. Takže těžko si může porozumět úplně každý s každým, tak jak je to v běžném životě.

#### **8.4 Vyhodnocení informací o novém způsobu života**

V této podkapitole vyhodnocuji získaná data, která se zabývají novým způsobem života klientů.

- otázky týkající se nového způsobu života – č. 8 - 12, 15, 21 – 23.

##### **Otázka č. 8 Chodíte někam mezi ostatní lidi?**

Otázka se týká nového způsobu života, zkoumá volnost pohybu.

- pouze s doprovodem personálu se pohybuje 14 respondentů
- pouze samostatně 3 respondenti  
(sami by zvládli vyřídit záležitosti na poště či úřadě)
- samostatně, s doprovodem personálu pouze k lékaři  
nebo vyřídit záležitosti na poště či úřadě 11 respondentů
- částečně samostatně, částečně s doprovodem 8 respondentů

Za zmínku jistě stojí, že klienti, kteří se pohybují částečně samostatně a částečně s doprovodem, zvládají chodit samostatně na nákupy (7 z 8 klientů), na procházky (7 klientů), na terapie (5 klientů). Většinou tedy samostatně chodí na místa, která již znají, nejsou pro ně neznámá a chodívají zde častěji.

Z respondentů, kteří se pohybují pouze s doprovodem personálu, jsou tři osoby z různých chráněných bydlení a 11 osob z domovů pro osoby se zdravotním postižením.

##### **Otázka č. 9 Snažíte se navazovat kontakt s novými lidmi?**

Kontakt s novými lidmi nenavazuje 23 respondentů, například proto, že je nezná. Další dva klienti se někdy snaží o navázání nových kontaktů,

z nichž jeden uvádí, že kontakt navazuje „*málokdy*“ a dodává, že „*chodí za mnou jedna paní, co tu bydlela, popovídat si*“. Ostatních jedenáct klientů se snaží navazovat kontakt a to „*kdekoliv*“, „*běžně na ulici*“, nebo způsobem: „*bavím se s ostatními*“. Jeden klient se snaží s ostatními lidmi komunikovat, „*ale když vidím, že to nejde, tak ne*“ a další se alespoň zdraví se známými.

Přestože klienti hojně chodí mezi ostatní lidi, navazovat kontakt s novými lidmi se převážná většina neodvažuje. Někdy dochází k navazování kontaktů ze strany obyvatel města, ovšem převážně v případě, že se klient vyskytuje sám bez doprovodu. Takovým způsobem mají tedy větší šanci k navázání kontaktu převážně uživatelé chráněných bydlení před klienty z domova pro osoby se zdravotním postižením.

Otázka č. 10, 11 a 12 **Máte zaměstnání? Chtěl byste pracovat? Pokud ano, jakou práci byste rád vykonával?** Otázka č. 12 byla respondentovi položena jen tehdy, pokud na otázku č. 11 reagoval kladně.

Žádný z klientů v současné době zaměstnání nemá. 20 respondentů pracovat nechce, anebo nemůže ze zdravotních důvodů. Zbýlých 16 respondentů pracovat chce. Z tohoto počtu šest osob uvádí, že by rádi pracovali v kavárně, z nichž 4 se již na tuto práci zacvičují přípravou ve stacionáři. Jeden klient se také připravuje ve stacionáři na práci v zahradě, kterou by chtěl vykonávat. O práci se zvířaty by měl zájem jeden z respondentů a další o manuální práci – „*vyrábět něco rukama*“, „*elektronika, opravy světel, zásuvek*“, „*nějakou lehčí manuální práci*“ nebo „*hrabat, nakládat a tak něco*“. Práce zámečnicka, kterou dříve vykonával, by bavila dalšího klienta. Jiný z klientů chce pracovat a je jedno co. Přáním dalšího respondenta je vyučit se kuchařem a číšníkem. Práci v tiskárně by rád vykonával klient, který už tam pracoval: „*kdybych mohl, chodil bych tam zase*.“ Z 16ti osob, které mají zájem o práci, je šesti osobám nad 50 let.

Vedoucí pracovníci domova se snaží vyhledávat vhodné zaměstnání pro klienty. Tyto otázky jsem zařadila do šetření, abych zjistila, zda klienti mají skutečně o práci zájem. Z reakcí klientů je zřejmé, že ti, kteří se již

na práci připravují, mají dobrý pocit vlastní užitečnosti. Pokud klienti pracovat mohou, je dobré je řádně motivovat, neboť práce je základní potřebou a prostředkem osobního naplnění i u osob s mentálním postižením.

#### Otázka č. 15 **Užíváte léky? Jakým způsobem?**

Ze vzorku respondentů užívá léky 28 osob. Z tohoto počtu

- samostatně 7 respondentů
- za připomenutí pracovníků 3 respondenti
- vždy za podání pracovníků 18 respondentů

Tuto otázku jsem do rozhovoru zařadila, abych zjistila, jaké mají klienti nové dovednosti v oblasti užívání léků. Dříve bylo chystání a podávání léků uživatelům pouze v kompetenci zdravotní sestry, nyní jsou ke správnému užívání léků klienti vedeni pracovníky v přímé péči. Někteří klienti si vyzvedávají i předpisy od lékaře a taktéž léky v lékárně.

#### Otázka č. 21 **Hospodaříte sám s nějakou částkou peněz?**

V této otázce nejde ani tak o počty klientů, kdo a jak hospodaří s financemi, jako o návaznost na způsobilost k právním úkonům. Pokud osoba zvládá hospodaření s financemi, neměla by být zbavena způsobilosti k právním úkonům. Na druhou stranu ale menší obnosy peněz mohou sloužit k získání návyku ke správnému hospodaření a nakupování. Zde jsou získaná data:

- ano 19 respondentů
- s pomocí 8 respondentů
- ne 9 respondentů

#### Otázka č. 22 **Vaše způsobilost k právním úkonům je upravena?**

Nejdříve bych se chtěla věnovat návaznosti na předešlou otázku. Všech devět respondentů, kteří nehospodaří s financemi (nákupy jsou pořizovány klíčovými pracovníky za souhlasu opatrovníků) je zároveň zbaveno způsobilosti k právním úkonům. Zde došlo k naprostému souladu.

Klienti, kteří hospodaří s pomocí, většinou klíčového pracovníka,

uvádějí, že jsou zbaveni způsobilosti k právním úkonům (5 osob), neví (2 osoby) a není zbaven způsobilosti k právním úkonům (1 klient, který si ze zdravotních důvodů neobstarává nákupy sám).

Z klientů hospodařících si samostatně je šest způsobilých k právním úkonům, sedm má omezenou způsobilost k právním úkonům a šest je zbaveno způsobilosti k právním úkonům. Musíme vzít však v potaz i jiné faktory než hospodaření, které hrají roli při úpravě způsobilosti k právním úkonům. Navíc tito klienti hospodaří s částkou menšího charakteru, pouze jeden respondent zbavený způsobilosti k právním úkonům uvádí, že hospodaří s částkou 500,- Kč. V tomto případě by bylo na místě přehodnotit způsobilost k právním úkonům.

Ohledně úpravy způsobilosti k právním úkonům udávají respondenti tyto údaje:

- omezena 7 respondentů
- zbavena 20 respondentů
- není upravena 7 respondentů
- nevím 2 respondenti

Příjemně mě překvapilo, že většina respondentů dokázala říci, zda je zbavena způsobilosti, omezena, anebo není zbavena způsobilosti k právním úkonům. Klienti to třeba nedokázali formulovat odborně, místo omezení způsobilosti se vyjadřovali například „*jsem zbavený jenom napůl*“, ale věděli, co to pro ně konkrétně znamená „*nesmím hospodařit s víc než 300.*“ Při zbavení způsobilosti se vyjádřili kupříkladu: „*nehospodařím vůbec, na to mám opatrovníka*“. Také věděli, že „*o tom se teď jednalo, byl jsem na soudě*“. V tomto vidím velkou změnu oproti minulému stavu, kdy se rozhodovalo o klientovi za jeho zády a on nemohl rozhodnutí soudu nikterak ovlivnit.

#### Otázka č. 23 **Podílíte se na chodu domácnosti? Jakým způsobem?**

- příprava stravy 25 respondentů
- úklid společných prostor 26 respondentů
- nákup potravin 26 respondentů

Oslovení klienti jmenovali některé další činnosti, kterými se podílejí na chodu domácnosti: „*mytí a utírání nádobí*“, „*vysávání*“, „*chystání stolu*“, „*praní*“, „*zalévání kyték*“, „*vytírání podlahy*“, „*žehlení, utírání prachu*“, „*vysypávání smetí*“, „*uklizení skříně*“ a „*vyvážení popelnice*“.

Klienti se skutečně zapojují do činností běžně prováděných v domácnosti. Sami vyjmenovávali úkony, které byly v rozhovoru opomenuty. Z toho plyne, že tyto úkony podle svých možností opravdu vykonávají. V tomto spatřuji značný přínos pro klienty samotné, neboť dříve všechny tyto činnosti obstarával personál. Klienti se dostávají zase o kousek blíže k běžnému způsobu života.

Dalo se předpokládat, že uživatelé chráněných bydlení se zapojují do činností v domácnosti ve větší míře, než klienti z domovů pro osoby se zdravotním postižením, což se potvrdilo.

Za zajímavost jistě stojí též srovnání obou domovů pro osoby se zdravotním postižením. V hojnějším počtu je výčet činností uváděn klienty z ubytovny u fotbalového stadionu, než ubytovny v Rouhovanech, kde pouze jediný respondent uvedl jednu činnost a to, že chystá nádobí na oběd. Tato činnost však byla běžně prováděna i klienty ještě při pobytu v ústavu. Důvodem může být mentální úroveň těchto klientů v oblasti středně těžké až těžké mentální retardace (na ubytovně fotbalového stadionu jsou klienti se středně těžkou mentální retardací), ale i krátká doba k nábívkou praktických dovedností, neboť klienti ubytovaní v Rouhovanech zde žijí teprve od konce loňského roku. Jako důvod připadá v úvahu také to, že pracovníci zatím nedosáhli změny v myšlení u sebe samotných a pracují podle dřívějších postupů a uživatelé služby nezapojují do podílení se na chodu ubytovny.

### **Shrnutí:**

Nový způsob života sebou přinesl mnoho změn. Klienti se začali samostatně nebo s doprovodem personálu individuálně pohybovat po městě, což je oproti omezenému pohybu v ústavu přínosná změna k lepšímu. Někteří klienti brzy naleznou svoje pracovní uplatnění, neboť začali

s výcvikem pro práci v kavárně a zámeckém parku. Klienti si osvojují mnoho dovedností, mezi nimi i užívání léků a docházku k lékaři. Osoby, které jsou schopny hospodařit s nějakým finančním obnosem, si obstarávají nákupy. K velkým změnám došlo při výkonu praktických činností, kterými se klienti zapojují do běžného chodu v domácnosti. Připravují si jídlo, nakupují potřebné potraviny, uklízejí, zkrátka provádějí činnosti, které dříve vykonával personál.

Z analýzy dat vyplývá, jak si klienti považují současné volnosti, svobody v rozhodování a možnosti svobodného pohybu. Tyto myšlenky utvrzuje výrok klienta: „*jsme volnější, bereme peníze do ruky a můžeme si sami nakupovat, co chceme*“. V tom spatřuji výraznou změnu oproti pobytu v ústavu v Jinošově, kdy se klientům práva dlouho nepřiznávala, tedy ani právo na volný pohyb, svobodné rozhodování a uplatňování vlastní vůle. Pokud se začalo s vylepšováním podmínek, byly to vždy úpravy směřující k lepšímu bydlení, teprve mnohem později se začalo s přiznáváním práv klientům a se snahou o vytváření podmínek pro jejich naplnění, což v ústavních provozech způsobovalo velké problémy. Mnohdy ani naplnění těchto podmínek v prostředí ústavu nebylo možné, i když ze strany personálu snaha již byla.

Kladem je, že klienti vědí, že mohou nějakou vlastní aktivitou přispět ke své spokojenosti. Cituji výrok jednoho klienta: „*dojedu si, když se mi zasteskne*“. I proti pocitu osamocení dokážou něco dělat: „*někdy jdu ven*“ a nebo „*kdykoliv můžu někoho navštívit*“. Je patrné, že klienti přestávají být pasivními příjemci služby a aktivně se podle svých možností a schopností zapojují do činností nejrůznějšího charakteru.

Ve velké většině případů se klienti cítí bezpečně, což vyplývá spíše z nastavení vlastní psychiky, než ze zajištění personálu u klientovy osoby. Avšak podmínky k vytvoření pocitu bezpečí mohou pracovníci svým přístupem navodit, takže z výsledků šetření vyplývá, že se to pracovníkům v přímé péči daří.

Většina osob žijících v chráněném bydlení je spokojená s nynější podobou poskytovaných služeb. Klientům se nestýská „*po ničem*“,

a naopak jsou rádi, že se mohou začleňovat do běžné populace. K tomuto tématu cituji výrok klienta: „*jsem rád, že jsem odsud vypadl*“, kdy má klient na mysli ústav sociální péče.

Výpovědi respondentů jsou důkazem, že výše uvedené změny výrazně přispěly ke zvýšení kvality života klientů po integraci, jsou pro ně přínosem. Celkem  $\frac{3}{4}$  respondentů je přesvědčena, že změny, které nastaly v jejich životě, jsou změny k lepšímu. Důvěřuji proto klientům a změny, které nastaly ve způsobu jejich života po integraci, považuji za přínosné.

Taktéž souhlasím se Švarcovou, která soudí, že kvalita života člověka nezávisí jen na inteligenci, ale na mnoha dalších faktorech, zejména na jeho sociabilitě, na míře rozvoje volných vlastností, motoriky, na samostatnosti a schopnosti sebeobsluhy a na řadě dalších praktických dovedností.<sup>83</sup> Každá nová dovednost zvyšuje, někdy i velmi významně, kvalitu života jedince.

Při zjišťování spokojenosti klientů s poskytovanými službami nevyházím jen z odpovědí respondentů na otázky z tohoto předem stanoveného okruhu, ale i z jiných odpovědí a zjišťuji, že převážná většina klientů je v současné době spokojena. Na pocitu spokojenosti se podílí řada činitelů souvisejících se sociálním začleňováním uživatelů, jako například volnost, znovunabytá svoboda a lidská důstojnost, lepší možnost uplatnění svých práv a prosazování vlastní vůle. Ke spokojenosti přispívá i aktivita uživatelů a pocit sebeuplatnění.

---

<sup>83</sup> ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006, s. 15.

## Závěr

Bakalářská diplomová práce popisuje proces integrace klientů bývalého Ústavu sociální péče Jinošov. Začleňování osob s mentálním postižením do přirozené komunity je umožněno na základě zařazení do pilotního programu podpory transformace pobytových služeb.

Práce nejprve vychází z historie klasické ústavní péče a vystihuje některé významné změny ve formě této péče. Poté se práce ubírá směrem k poskytovaným službám v Ústavu sociální péče Jinošov, nejdříve v teoretické a pak i v praktické rovině. Sleduje proces transformace a integraci klientů od začátku po současnou podobu. Šetření, provedené metodou řízených rozhovorů formou dotazníku s uživateli, sleduje dva cíle praktické části. Prvním cílem je zhodnotit, zda probíhající integrace je pro klienty přínosem, na základě konfrontace poskytovaných služeb bývalým Ústavem sociální péče Jinošov a nynější podoby poskytovaných služeb v Domově bez zámku. Druhý cíl si klade za úkol zjistit současnou spokojenost klientů s poskytovanými sociálními službami. Vyhodnocení najde své uplatnění taktéž v organizaci Domov bez zámku, která analýzu použije jako podklad ke zvýšení kvality poskytované sociální služby.

Pozitiva transformačních aktivit spatřuji na samém začátku, v myšlence, jež spočívala v charakterizování a pochopení institucionalizace a v hledání způsobu provedení změny. Dalším pozitivem je podpora těchto aktivit ze strany státu a samotné započetí integrace, kdy se klienti z izolovaného prostředí ústavu začleňují do společnosti. Změny neprobíhají v naprosté shodě a zatím nemusí být ku prospěchu všech uživatelů, ale důležité je, že se dějí. Jak jsem již předeslala, Domov bez zámku je zařazen do pilotního programu transformace, která má za úkol ověřit celý proces v praxi. Ostatní transformovaná zařízení pobytových služeb pak budou mít situaci značně jednodušší, neboť mohou vycházet z ověřeného plánu a vytvořených vzorových metodik.

Nechci se rozepisovat o zlepšení klientů ve výkonu praktických dovedností v běžných denních činnostech, ty považuji všechny za přínosné pro uživatele. Těm však byla v předchozí kapitole věnována pozornost

dostatečná. Zmínila bych snad jen dovednost dopravovat se hromadnými dopravními prostředky, protože tato schopnost značně přispěla k rozvoji samostatnosti klientů, ale hlavně k uplatnění se na pracovním trhu mimo místa bydliště. Dalším klientům používání dopravních prostředků rozšířilo nabídku možností při vyhledávání pracovních příležitostí.

Při poskytování sociálních služeb Domova bez zámku se nedosáhne úplného osamostatnění všech klientů tak, aby mohli žít zcela samostatně. Cílem je koncepce postupného snižování závislosti na pomoci jiné osoby a dosažení co možná nejvyššího stupně samostatnosti každého uživatele, aby mohl žít „život s podporou“ v takové podobě, jaké chce.

Díky změně způsobu poskytovaných služeb jsou klienti zapojováni jak do výkonu činností, tak i do rozhodovacích procesů. Se sociálním začleňováním lidí s mentálním postižením do společnosti dochází zároveň k postupnému odstraňování prvků institucionalizace, jakým je například ztráta autonomie a vlastní důstojnosti. Klienti si uvědomují svá práva a začínají je uplatňovat v praktickém životě. Z uživatelů se stávají osobnosti, začínají si uvědomovat svou vlastní hodnotu. K pozitivním stránkám přispívá i spokojenost s poskytováním nové podoby sociálních služeb, který je patrný z výsledků šetření, a také pocit osobní spokojenosti klientů.

Důležitou úlohu při integraci mají pracovníci, kteří s klienty pracují v přímé péči. Podporují je nejen ve výkonu běžných denních činností, ale zejména jim pomáhají k uvědomění si svých potřeb, aby sociální službou mohli na tyto požadavky aktuálně reagovat. Pracovníci, kteří přebírají hodnoty transformace pobytových služeb za své, mohou lépe s klienty pracovat a pomáhat s odstraněním pocitů nejistoty, které sebou někdy změny přinášejí.

Přínos integrace spočívá i v napravení chyb způsobených izolací a vyloučením ze společnosti. Dříve si nikdo neuvědomoval, jak tímto mohou lidé trpět, zvláště pokud péče v ústavech byla veřejnosti prezentována jako náležitá pomoc potřebným. Společnost dnes dostává

příležitost k proměně a zbavení se předsudků, neboť obě skupiny začínají žít v jedné komunitě.

Nyní můžeme čerpat poznatky s deinstitucionalizací ze zahraničí, a tak se vyvarovat chybných rozhodnutí. Jedním z nich bylo rušení ústavů a nevytvoření náhradních forem bydlení a následných služeb.

V rámci transformačních aktivit se v Domově bez zámku nezapomíná na vytvoření návazných komunitních služeb. Klienti jsou při začleňování do společnosti podporováni službami sociální péče, které se postupně přeměňují a vznikají právě podle potřeb uživatelů, příkladem je nově vzniklá služba chráněné bydlení. V rámci procesu transformace je umožněn, kromě výstavby nových domácností, i vznik ambulantních služeb. V Domově bez zámku se jedná o vytvoření služby denního stacionáře a sociálně terapeutických dílen v Náměšti nad Oslavou, v rámci níž bude fungovat kavárna s cukrárnou. Než tyto služby vzniknou, klienti prozatím docházejí na aktivity v rámci terapie a několik jich využívá i externí zdroj – třebečský stacionář. Způsob zajištění chodu dne má za úkol simulovat denní činnosti tak, aby uživatelé nezůstávali odděleně od společnosti v náhradním bydlení, ale zúčastňovali se denních aktivit a programů, neboť jejich den má být co nejvíce podobný běžnému dni ostatních lidí. Klienti svým životem dokazují, že do společnosti patří, přirozeně se v ní pohybují a veřejnost je začíná respektovat.

Dobré zkušenosti jsou již nyní se životem uživatelů v náhradním bydlení. Tam, kde klienti žijí v domácnostech s menším počtem spolubydlících, začíná docházet k prosazování vlastní vůle klientů, což při společném životě většího počtu lidí v institucionalizované péči nebylo možné. Menší domácnosti fungují téměř nezávisle na vedení organizace, klienti se podílí na rozhodování. Za podpory pracovníků klienti vykonávají činnosti v domácnosti a zapojují se do aktivit v rámci společnosti.

Touto prací jsem chtěla seznámit s Ústavem sociální péče Jinošov, který dnes již nefunguje ve své původní podobě a na stejném místě se stejným názvem, nýbrž modernizuje svoji podobu poskytované sociální

služby do podoby hodné 21. století. Klienti denně potvrzují, že návrat lidí s mentálním postižením do společnosti je možný a žádoucí a to se týká i osob, které potřebují střední či vysokou míru podpory a osob vyššího věku.

K dalšímu zkvalitnění poskytovaných sociálních služeb přispěje zdárné dokončení právě probíhající 1. etapy transformačního procesu plánované na únor 2013. Hlavním úkolem však zůstává obě etapy transformace dokončit a ověřit tak celý proces v praxi.

Jaká bude konečná podoba transformované organizace a nakolik bude poskytovat službu odpovídající nejnovějším trendům, to už bude námětem pro jinou diplomovou práci.

Já budu v každém případě ze svého osobního zájmu nadále sledovat transformační procesy a jejich vliv na uživatele sociální služby.

## Seznam použité literatury:

- HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
- HLADÍKOVÁ, Dana a kol. *Sborník příspěvků ze seminářů pořádaných v rámci projektu Život do svých rukou*. 2. vyd. Praha: QUIP, 2008. 124 s. ISBN 80-903921-0-5.
- CHÁB, Milan. *Svět bez ústavů*. 1. vyd. Praha: QUIP, 2004. 84 s. ISBN 80-239-4772-9.
- KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. 147 s. ISBN 80-7367-181-6.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 288 s. ISBN 80-7178-549-0.
- MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. 1. vyd. Praha: SLON, 1995. 141 s. ISBN 80-85850-08-7.
- PÓRTNER, Marlis. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. 1.vyd. Praha: Portál, 2009.176s. ISBN 978-80-7367-582-0.
- SOBEK, Jiří a kol. *Lidská práva v každodenním životě lidí s mentálním postižením*. 1.vyd. Praha: Portus, 2007. 70 s. ISBN 978-80-239-9400-1.
- ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. 3. vyd., aktualiz. a přeprac. Praha: Portál, 2006. 200 s. ISBN 80-7367-060-7.
- UZLOVÁ, Iva. *Asistence lidem s postižením a znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 136 s. ISBN 978-80-7367-764-0.
- VÁGNEROVÁ, Marie a kol. *Psychologie handicapu*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. 232 s. ISBN 80-7184-929-4.
- VALENTA, Milan, KREJČÍŘOVÁ, Olga. *Psychopedie*. vyd. 1., Olomouc: Netopejr, 1997. 162 s.

<http://www.mpsv.cz/>

<http://www.kvalitavpraxi.cz/>

<http://www.uspjinosov.cz/>

<http://www.domovbezzamku.cz/>

<http://www.dobromysl.cz/>

*Personální analýza. Vnitřní dokument ÚSP Jinošov.*  
*Transformační plán ÚSP Jinošov. Vnitřní dokument ÚSP Jinošov.*

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

## Příloha I - Dotazník

1. Když vzpomínáte na předchozí pobyt v ústavu v Jinošově:

Co se Vám na něm líbilo? .....

Co se Vám naopak nelíbilo? .....

2. Dozvěděla jsem se, že teď bydlíte na ubytovně v .....

Co se Vám zde líbí? .....

Co se Vám zde naopak nelíbí? .....

3. Stýská se Vám po něčem, nebo po někom? Po čem (kom)? Co (kdo) Vám zde chybí?

.....

4. Jaký máte názor na změnu ve Vašem životě? (přestěhování, jiné bydlení, jiné prostředí, služby)

je to změna k lepšímu

na stejné úrovni

k horšímu

nevím

.....

5. Které domácí spotřebiče používáte v běžném životě?

6. Které jste používal již v Jinošově?

	samostatně	s pomocí		samostatně	s pomocí
televize	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	televize	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rádio (CD přehrávač)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	rádio (CD přehrávač)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mobilní telefon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mobilní telefon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rychlovarná konvice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	rychlovarná konvice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pračka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pračka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
žehlička	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	žehlička	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
počítač	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	počítač	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sporák	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sporák	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mikrovlnná trouba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mikrovlnná trouba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- jiné:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- jiné:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Připadáte si osamoceně?

ano

ne

Proč? .....

**8. Chodíte někam mezi ostatní lidi?**

Kam?

	samostatně	s doprovodem
na drobné nákupy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
na nákup potravin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
na společné obědy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k lékaři do ordinace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
na denní aktivity (terapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
na kulturní akce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
na procházky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
na poštu, úřad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
do restaurace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

jinam: .....

**9. Snažíte se navazovat kontakt s novými lidmi?**ano ne 

Kde? S kým? .....

**10. Máte zaměstnání?**ano ne **11. Chtěl byste pracovat?**ano ne nemohu (ze zdravotních důvodů) **12. Pokud ano, jakou práci byste rád vykonával?**

.....

**13. Žijete na ubytovně, kde je celodenně (i v noci) zajištěna služba personálu?**ano ne **14. Cítíte se zde bezpečně?**ano ne někdy nevím 

.....

**15. Užíváte léky? Jakým způsobem?**ano  samostatně  za připomenutí pracovníků  vždy za podání pracovníků ne

**16. Jste spokojen s poskytovanou péčí?**

- ano   
ne   
nevím

**17. Chybí vám podpora personálu v některých oblastech? Ve kterých?**

(péče o vlastní osobu, osobní hygiena, stravování, aktivizační činnosti, hospodaření s penězi, pomoc při obstarávání osobních záležitostí, jednání na úřadech, pomoc při uplatňování svých práv, při kontaktu s rodinou, známými apod.)

.....

**18. Jste spokojený s přístupem pracovníků k Vám?**

- ano   
ne   
nevím

**19. Používáte veřejné hromadné dopravní prostředky?**

- ano  samostatně  za pomoci či rady druhé osoby  jen s druhou osobou   
ne

**20. Používal jste tyto dopravní prostředky již při pobytu v Jinošově?**

- ano  samostatně  za pomoci či rady druhé osoby  jen s druhou osobou   
ne

**21. Hospodaříte sám (sama) s nějakou částkou peněz?**

- ano  Do jaké výše korun? .....
- s pomocí
- ne

**22. Vaše způsobilost k právním úkonům je upravena?**

- ano  omezena  zbavena   
ne   
nevím

**23. Podílíte se na chodu domácnosti? Jakým způsobem?**

- příprava stravy  úklid společných prostor  nákup potravin

jiné: .....

**24. Rozumíte si se svými spolubydlicími? Chtěl byste s nimi bydlet v nové domácnosti?**

- ano   
ne   
nevím

**25. Jste muž?  žena?**

**26. Kolik máte roků?**

- do 25  do 40  do 50  nad 50 let