



Jak poskytovat sociální službu s ohledem na kvalitu života uživatele?

Deinstitutionalizace, transformace a možnosti humanizace zařízení pobytových sociálních služeb

Mgr. Lukáš Bednařík (2013)

Projekt Monitoring a vyhodnocování
KPSS na Otrokovicku

Představení lektora

Mgr. Lukáš Bednařík

- absolvent CARITAS - Vyšší odborné školy sociální Olomouc a Cyrilometodějské teologické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci
- sociální pracovník
- inspektor kvality sociálních služeb (Krajská pobočka Úřadu práce v Olomouci)
- konzultant MPSV (projekty Podpora transformace sociálních služeb a Transformace sociálních služeb)
- zkušenost s vedením velkokapacitní pobytové služby pro osoby s postižením

Program workshopu

9.00 – 11.30

I. BLOK

Pobytové služby v minulosti a dnes

Potřeby člověka

Kvalita života člověka

Kvalita služeb

11.30 – 12.00

Polední přestávka

12.00 – 13.30

II. BLOK

Zjišťování potřeb člověka v sociální službě

Principy normality

13.30 – 14.00

Přestávka

14.00 – 15:00

III. BLOK

Humanizace - transformace - deinstitucionalizace



Aby se nám dobře pracovalo...

- ...vypneme mobilní telefony...
- ...dodržujeme časy...
- ...diskutujeme, ptejme se, sdílejme...



Naše očekávání

- Očekávám, že...
 - ...Vás zaujmu,
 - ...něco Vám předám,
 - ...podnítím Vás k dalšímu uvažování
 - ...dozvíím se, jak věci vnímáte,
 - ...se dnes s Vámi zasměju.

- Jaká jsou Vaše očekávání?



Pobytové služby v minulosti a dnes

- Starověk, středověk – snaha pomoci/udržení moci – represivní charakter
- Křesťanství – kláštera, farnosti – církve jako majoritní poskytovatel (řády, bratrstva)
- Služby „*měly v některých případech již ústavní charakter, ale obvykle nešlo o ústavy specializované na určitý typ klientely.*“ (Matoušek, 2007)

- Konec 18. stol. – vznik ústavů dle znaků potřebných osob (sirotčince, „blázince“, chudobince)
- Umístění často v budovách po církevních řádech (Josef II.)
- Postupně *„vznikla tradice ústavní péče jako první a hlavní možnosti při řešení vážných sociálních problémů jednotlivců.“* (Matoušek, 2007)
- ČSR – vznik ústavní péče jako systému komplexního zajištění potřeb lidí
- Masarykovy domovy v Praze, Jedličkův ústav
- Těžištěm péče *„budování, udržování a subvencování ústavů, v té době obecně považovaných za nejúčinnější prostředky sociální péče“*(Matoušek, 2007)

- Vývoj od 60. let 20. stol. – výhradní postavení státu
- Výlučnost státních institucí a mechanismů
- Absence podpory rodiny a pečujících osob
- Paternalismus:

... vztah mezi dvěma subjekty - jeden přistupuje nadřazeně ke druhému, zároveň však působí z otcovské a protektivní pozice...

...charakteristický tím, že nadřazená osoba je přesvědčena o svém vědomí o tom nejlepším pro osobu podřízenou...

... z tohoto smýšlení pak může vycházet i politika, aplikující názor že jednotlivci sami nedovedou rozpoznat, co je pro ně dobré - je nutné jim náležitě jednat, názory či postoje nařídit, dát či vnutit (Kraus, 2005)

Diskuse

- Co se stalo, když se narodilo dítě s postižením?
- Znáte někoho, kdo vychovával dítě s postižením?



- Minimální alternativy vůči ústavní péči
- Výchova v rodině/komunitě nežádoucí
- Rodičům dětí s mentálním postižením se *„často hned v porodnici doporučovalo, aby své dítě dali do kojeneckého ústavu nebo aby si pořídili další dítě.“* (Matoušek, 2005)
- *„Společnost považovala za běžné a jediné ‘správné a normální’ umístit takové dítě či osobu co nejdříve do psychiatrické léčebny a následně do ústavu.“* (Čámský, 2011)

Medicínský model

- Charakteristika:
 - poskytování zdravotní péče
 - rehabilitace
 - podřízenost pacienta
 - plánovací proces – odborník
 - postižení jako překážka zapojení do společnosti
 - důraz na „*odstranění symptomu nemoci ve stylu opravy toho, co nefunguje.*“ (Havrdová, 2010)
- Důsledek:
 - segregace
 - izolace

Medicínský model ve filmu



- Mentální postižení jako nemoc.
- Ústav jako místo, kde je nemoc léčena.
- Stále dominantní přístup – rizika:
 - omezování kompetencí lidí s postižením
 - oklešťování jejich možností rozhodovat o vlastním životě
- Extrémní aplikace:
 - Skandinávie – pol. 20. stol. – nucené sterilizace mentálně postižených žen
 - Třetí říše – holocaust

Totální instituce

- Pojem - E. Goffman, 70. l. 20. stol.
- „**Totální instituce** je místo pobytu a práce, kde **velký počet lidí** se stejnou charakteristikou, **oddělen** od ostatních, vede **společný, uzavřený, formálně řízený život.**“
- Typicky ústavy, nemocnice, léčebny, kasárna.



- „Základní uspořádání moderní společnosti je takové, že člověk spí, hraje si a pracuje v různých místech, s různými lidmi, v různých organizacích (uspořádání) a bez jednoho všeobjímajícího plánu.“
- „Hlavní vlastnost totálních institucí může být popsána jako rozbití hranic běžně oddělujících tyto tři oblasti života.“
- „Za prvé, všechny oblasti života probíhají ve stejném místě a pod dohledem stejné autority (organizace).“
- „Za druhé, každá část denního programu probíhá ve společnosti velké skupiny dalších lidí, kdy je ke všem přístupováno stejně a ode všech se vyžaduje, aby dělali tutéž činnost.“ (Goffman, 1961)

- *„Za třetí, všechny denní činnosti jsou přesně naplánovány, jedna vede k druhé v předem určeném čase, a všechny jsou nařízeny systémem formálních předpisů a pracovníků.“*
- *„Všechny takto vynucené aktivity jsou prováděny proto, aby naplnily plán zdánlivě směřující k plnění oficiálního cíle instituce.“ (Goffman, 1961)*



Aktuální situace

- Dětské domovy, výchovné a diagnostické ústavy - 10.000 lidí
- Léčebny dlouhodobě nemocných - 7.000 lidí
- Psychiatrické léčebny - 21.000 lidí
- Domovy pro osoby se zdravotním postižením - 14.000 lidí
- Domovy se zvláštním režimem - 8.500 lidí
- Domovy pro seniory - 38.000 lidí

V ČR žije téměř 100.000 lidí v ústavním prostředí.

- Otrokovice 18.000 obyvatel

Ústavní služby

Ústavní je sociální služba:

- domovy pro osoby se zdravotním postižením,
- domovy se zvláštním režimem,
- týdenní stacionáře,
- chráněné bydlení,
- domovy pro seniory

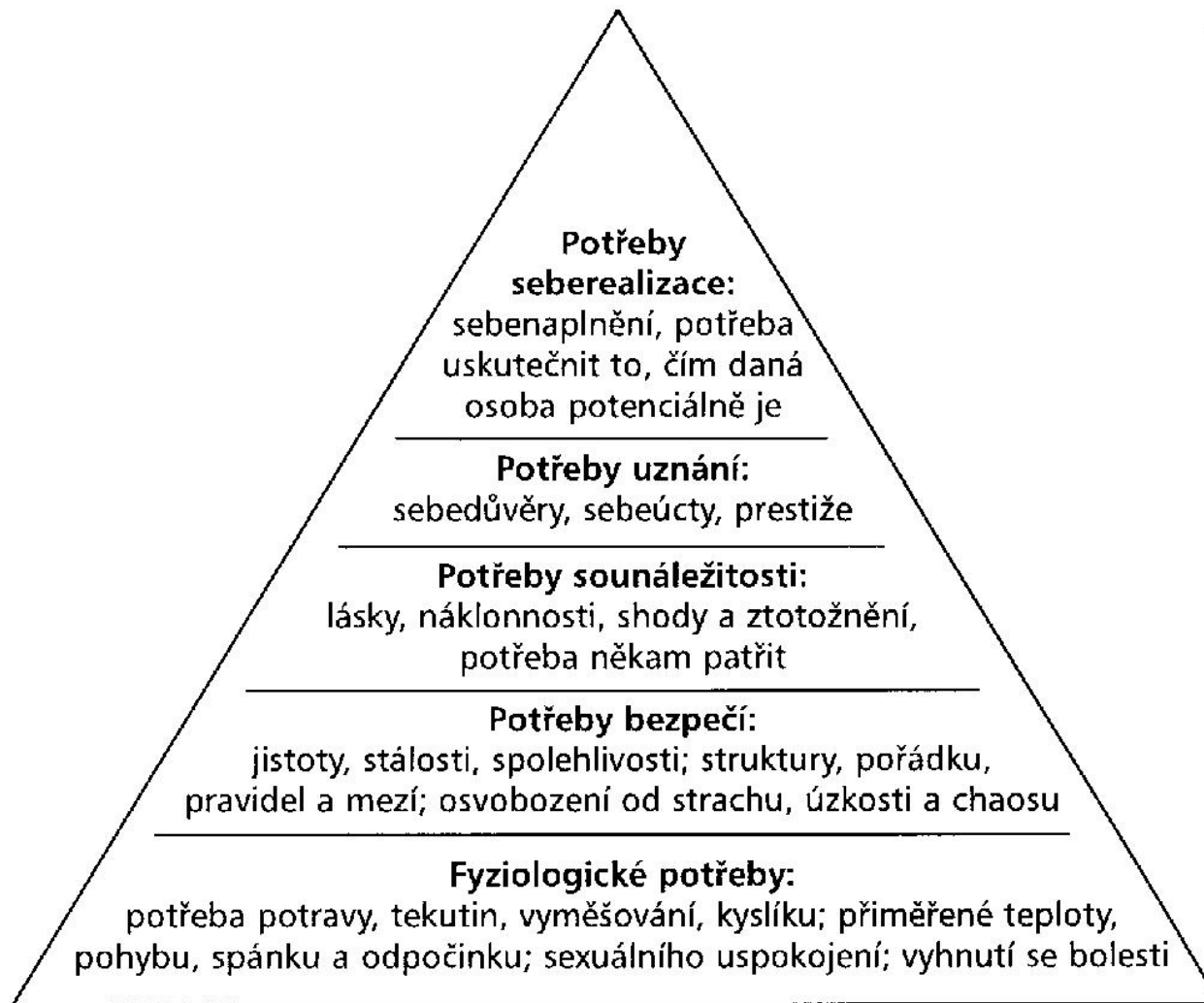
jestliže:

- v jedné budově/objektu - **kapacita lůžek vyšší než 18,**
- kapacita je nižší, ale služba je poskytována v budově/objektu s další sociální službou

Počet ústavních služeb pro lidi se zdravotním postižením (2013)

Kraj	Počet ústavů	Počet uživatelů	Z toho dětí
Jihočeský	24	1 017	41
Plzeňský	22	1 527	121
Královéhradecký	21	759	20
Moravskoslezský	56	1 595	96
Jihomoravský	35	1 514	130
Středočeský	65	1 765	123
Liberecký	23	412	62
Karlovarský	16	623	36
Vysočina	22	735	80
Olomoucký	16	1 261	53
Ústecký	50	1 826	134
Zlínský	30	1 249	96
Pardubický	24	1 010	53
Praha	14	724	n/a
CELKEM	418	16 017	1 045

Potřeby člověka



Časté chyby ve vnímání potřeb uživatelů soc. služeb

- Zúžení na základní potřeby („sytý a čistý uživatel“)
- Snižování významu potřeb („Mentálně postižení lidé jsou jako děti.“)
- Nedostatek možností a vhodných podmínek
- Absence rozhodování člověka
- Přehlížení vyšších stupňů potřeb
- Přehlížení a podceňování sexuality



Střípek ze špatné praxe

„Mentálně retardovaní chovanci nejsou vhodní pro začlenění do společnosti a stačí jim k životu jen pár metrů čtverečních – nic víc nepotřebují.“

Praktický lékař nejmenovaného domova pro osoby se zdravotním postižením



Kvalita života člověka

- Co pro Vás znamená pojem kvalita života?
- Jak poznáte, že má Váš život určitou kvalitu?
- Čím je tato kvalita tvořena, jak vzniká?



Dimenze kvality života

- **emocionální pohoda:** bezpečí, spiritualita, štěstí, svoboda od stresu, koncept sebe sama, spokojenost;
- **mezilidské vztahy:** intimita, city, rodinné interakce, přátelství, podpora;
- **materiální pohoda:** vlastnictví, finanční bezpečnost, jídlo, zaměstnání, majetek, sociálně ekonomický status, přístřeší;
- **osobní rozvoj:** dovednosti, naplnění, osobnostní kompetence, účelné aktivity, rozvoj;
- **fyzická pohoda:** zdraví, výživa, odpočinek, mobilita, zdravotní péče, zdravotní pojištění, volný čas, aktivity denního života;

Dimenze kvality života

- **sebeurčení:** autonomie, volby, rozhodnutí, osobní kontrola, sebeřízení, osobní cíle a hodnoty;
- **sociální inkluze:** přijetí, status, podpora, pracovní prostředí, komunitní integrace a participace, role, dobrovolnické aktivity, rezidentní prostředí;
- **práva:** soukromí, hlasování, výběr, vlastnictví, občanská odpovědnost. (Schalock, 1996)

Kvalita života člověka

Domény kvality života	Sledované proměnné	Indikátory výstupů
Emocionální pohoda	Zvyšování bezpečného, stabilního a předpověditelného prostředí, pozitivní zpětná vazba	Spokojenost, sebepojetí, nepřítomnost stresu
Interpersonální vztahy	Pěstování přátelství, posilování intimity, podpora rodin	Interakce, vztahy, dosažená podpora
Materiální pohoda	Vlastnictví, držení majetku, zaměstnání	Finanční status, zaměstnanecký status, status bydlení
Osobní rozvoj	Vzdělávání a trénink, augmentativní postupy	Osobní kompetence a jejich projevy
Fyzická pohoda	Zdravotní péče, mobilita, výživa	Stav zdraví, aktivity dne, odpočinek a rekreace
Sebeurčení	Možnosti volby, osobní kontroly, rozhodování, osobní cíle	Autonomie, cíle a osobní hodnoty, volby
Začleňování	Role v komunitě, aktivity v ní, dobrovolnictví	Začlenění v komunitě, role v komunitě, sociální podpora
Práva	Soukromí, možnost volit, občanská odpovědnost	Lidská a občanská práva

Kvalita služeb - legislativa

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

§2 (2) Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat **lidskou důstojnost osob**. Pomoc musí vycházet z **individuálně určených potřeb** osob, musí působit na osoby **aktivně**, podporovat rozvoj jejich **samostatnosti**, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě **kvalitě** takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno **dodržování lidských práv a základních svobod osob**.

Kvalita služeb - legislativa

§ 99 ZSS (1)

Kvalita sociálních služeb se při výkonu inspekce ověřuje pomocí standardů kvality sociálních služeb. Standardy kvality sociálních služeb jsou souborem kritérií, jejichž prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a osobami.

Principy normality

- Skandinávie – Bengt Nierje (1968)
- Sociálně politický koncept mentálně postižených
- Rozhodnutí švédské vlády uzavřít všechny ústavy pro osoby s postižením a celou dosavadní institucionální péči zcela změnit
- Základní myšlenkou principů normality je, že lidé s mentálním postižením mají vést normální život stejně tak, jako jej vede populace lidí bez postižení.

- Podstatou zde ovšem není to, aby se lidé s mentálním postižením stávali podle nějaké normy „normálními“, ale to, „*aby jedinci s postižením byly nabídnuty a umožněny takové životní podmínky, které jsou v dané společnosti a kultuře běžně uznávané jako daná a obvyklá norma.*“ (Šelner, 2012).



Principy normality - Základní myšlenky

1. Zachování rytmu běžného dne a týdne.
2. Oddělení sféry práce od sféry bydlení a volného času.
3. Prožívání běžného ročního rytmu.
4. Respektování vývojové fáze člověka s postižením.
5. Respektování vlastních přání, potřeb a rozhodnutí a nárok na uznání.
6. Akceptování života ve světě obou pohlaví.
7. Dostupnost běžného životního standardu jako základní předpoklad pro samostatný život.
8. Život v běžných životních podmínkách

- Klíčové v aplikaci konceptu je však to, aby se s konceptem ztotožnili všichni interesovaní účastníci, a to hned na několika úrovních. Tyto úrovně lze nazvat také jako systémy.
- Jedná se o:
 - mikrosystém (samotní postižení),
 - mezosystém (instituce, vlastní sociální služba) a
 - makrosystém (široká společnost, komunita, veřejnost, obec).

- Pracovníci „*se musejí s těmito principy identifikovat. Akceptování zájmů a potřeb postiženého člověka ze strany pracovníků všech profesí patří mezi nejtěžší věc v celém procesu přijímání zásad normality.*“ (Šelner, 2012)

Zjišťování potřeb člověka v sociální službě

- Posuzování míry nezbytné podpory uživatele



Humanizace - transformace – deinstitucionalizace – zásadní legislativní východiska

ÚMLUVA O PRÁVECH OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

- o Platnost od r. 2009
- o Ochrana lidských práv osob se zdravotním postižením

- Úmluva ukládá členským státům povinnosti ve vztahu k občanským, politickým, hospodářským, sociálním a kulturním právům:
 - respektování lidské důstojnosti a nezávislosti
 - nediskriminace
 - plné zapojení do společnosti
 - respektování odlišnosti
 - rovnost příležitostí
 - přístupnost
 - rovnoprávnost mužů a žen
 - respektování rozvíjejících se schopností dětí a jejich práva na zachování identity.

Deinstitucionalizace - pojem

Jde o „proces, ve kterém dochází k proměně instituce jak ve smyslu formalizované struktury pravidel, řádu a filosofie služby, tak ve smyslu sídla (umístění v objektu a komunitě) tak, aby výsledná struktura a provozování služby byly primárně orientovány na potřeby uživatelů a ne potřeby formalizované organizace-instituce. Je jí dosahováno proměnou institucionální péče v péči v 'komunitě'.“ (Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče (MPSV, 2009)



evropský
sociální
fond v ČR



OPERAČNÍ PROGRAM
LIDSKÉ ZDROJE
A ZAMĚSTNANOST

Deinstitucionalizace umožňuje zaměření na konkrétní potřeby a nezbytnou míru podpory

Díky zaměření na potřeby každého jednotlivého člověka komunitní služby mohou a zároveň musí rozvíjet svoji specializaci. Mohou se zaměřovat na rozvoj určitých druhů služeb (např. osobní asistence, podpora samostatného bydlení) nebo na poskytování služeb určité skupině uživatelů (např. lidé s poruchou autistického spektra, lidé s duševní nemocí), které vyžadují specifické kvalifikace či metody.

V ústavních podmínkách je obtížné rozvíjet odbornost. Pracovníci se často potýkají s velmi širokou škálou požadavků na míru a specializaci poskytované podpory.

DEINSTITUCIONALIZACE UMOŽŇUJE PODPORU ROZVOJE OSOBNOSTI A KOMPETENCÍ UŽIVATELE SLUŽEB

Východiskem je důsledný **individuální přístup** ke každému uživateli.

Poskytovat služby, které umožní udržet uživatele **v běžném životě společnosti** (nebo ho do něj začlenit).

K tomu patří i **rozvoj znalostí a dovedností** uživatele, včetně **podpory navazování a udržování vztahů** a **převzetí odpovědnosti za vlastní život** a rozhodnutí.

DEINSTITUCIONALIZACE UMOŽŇUJE DOSAHOVAT NEJLEPŠÍ PRAXE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.

Pracovníci sociálních služeb chtějí **odvádět dobrou práci**, poskytovat **kvalitní službu** a **přispívat k prospěchu klientů**.

Komunitní sociální služby mohou dosahovat **nejlepší praxe** tím, že jsou zaměřeny na **individuální rozvoj kompetencí** potřebných pro setrvání, příp. začlenění uživatele do běžného života komunity.

Doporučená literatura

- **Bicková, Lucie a kol. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách.*** 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011. 272 s. ISBN 978-80-904668-1-4.
- **Emerson, Eric. *Problémové chování u lidí s mentální retardací.*** Vyd. 1. Praha: Portál, 2008. 166 s. ISBN 978-80-7367-390-1.
- **Guggenbühl-Craig, Adolf. *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích.*** Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. 113 s. Spektrum; 57. ISBN 978-80-7367-809-8.
- **Hauke, Marcela. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce.*** 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 135 s. ISBN 978-80-247-3849-9.
- **Cháb, Milan, Chábová, Aurélie, ed. a Johnová, Milena, ed. *Svět bez ústavů.*** Praha: QUIP - Společnost pro změnu, 2004. 83 s. ISBN 80-239-4772-9.

Doporučená literatura

- Chloupková, Soňa. ***Jednání se zájemcem o službu sociální péče od A do Z.*** Vyd. 1. Praha: Grada, 2013. 119 s. ISBN 978-80-247-4678-4.
- Jílek, Antonín. ***Pán s jedním zubem: příběhy mentálně postižených chlapců a jejich chybujícího, ne-li neschopného vychovatele.*** 1. vyd. Praha: Nová Inspirace, 1992. 92 s. ISBN 80-901286-2-9.
- Kopřiva, Karel. ***Lidský vztah jako součást profese.*** 6., V Portálu 5. vyd. Praha: Portál, 2011. 147 s. ISBN 978-80-7367-922-4.
- Matoušek, Oldřich a kol. ***Metody a řízení sociální práce.*** 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. 395 s. ISBN 978-80-262-0213-4.
- Matoušek, Oldřich a kol. ***Základy sociální práce.*** Vyd. 3. Praha: Portál, 2012. 309 s. ISBN 978-80-262-0211-0.

Doporučená literatura

- **Matoušek, Oldřich, ed., Kodymová, Pavla, ed. a Koláčková, Jana, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi.*** Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. 351 s. ISBN 978-80-7367-818-0.
- **Matoušek, Oldřich. *Ústavní péče.*** Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. 159 s. Studijní texty; sv. 8. ISBN 80-85850-76-1.
- **Michalík, Jan a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese.*** Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. 511 s. ISBN 978-80-7367-859-3.
- **Pörtner, Marlis. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči.*** Vyd. 1. Praha: Portál, 2009. 175 s. ISBN 978-80-7367-582-0.
- **Slowík, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením.*** Vyd. 1. Praha: Portál, 2010. 155 s. ISBN 978-80-7367-691-9.

Doporučená literatura

- **Šelner, Ivo. *Fenomén člověk s postižením***. Vyd. 1. Olomouc: Caritas - Vyšší odborná škola sociální Olomouc, 2012. 217 s. ISBN 978-80-87623-06-0.
- **Švarcová-Slabinová, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče***. Vyd. 3., přeprac. Praha: Portál, 2006. 198 s. Speciální pedagogika. ISBN 80-7367-060-7.
- **Uzlová, Iva. *Asistence lidem s postižením a znevýhodněním: praktický průvodce pro osobní a pedagogické asistenty***. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010. 135 s. ISBN 978-80-7367-764-0.
- **Valenta, Milan a kol. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu***. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. 349 s. Psyché. ISBN 978-80-247-3829-1.
- **Vávrová, Soňa. *Doprovázení v pomáhajících profesích***. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. 159 s. ISBN 978-80-262-0087-1.

Dotazy, diskuse



Lukáš Bednařík

lukasbednarik@gmail.com

777 956 499

Konzultace a lektorování v oblasti deinstitutionalizace,
transformace a humanizace sociálních služeb

Zavádění Standardů kvality sociálních služeb



Děkuji za pozornost a spolupráci
a přeji hodně sil do Vaší práce.