

Workshop na téma: **Jak poskytovat sociální službu s ohledem na kvalitu života uživatele? Transformace, deinstitucionalizace a možnosti humanizace zařízení pobytových sociálních služeb.**

Termín konání: 24. únor 2014, 9:00 – 15:00 hod.

Místo konání: Otrokovická BESEDA

V rámci projektu: Monitoring a vyhodnocování KPSS na Otrokovicku,  
reg. č. CZ.1.04/3.1.03/78.00040

---

Dne 24. února 2014 se v Otrokovicích uskutečnil workshop s názvem *Jak poskytovat sociální službu s ohledem na kvalitu života uživatele? Transformace, deinstitucionalizace a možnosti humanizace zařízení pobytových sociálních služeb*. Workshop se konal v rámci projektu Monitoring a vyhodnocování komunitního plánování sociálních služeb na Otrokovicku, který realizuje město Otrokovice společně se svými partnery z řad obcí a poskytovatelů sociálních služeb a který je financován z Evropského sociálního fondu prostřednictvím Operačního programu lidské zdroje a zaměstnanost a státního rozpočtu České republiky.

Workshop byl především určen pro poskytovatele sociálních služeb, pro zadavatele sociálních služeb a pro zájemce z řad veřejnosti a uživatelů sociálních služeb.

Lektorem workshopu byl 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).

Workshopu se zúčastnilo 20 zástupců poskytovatelů a uživatelů sociálních služeb společně se zadavatelem – zástupci města Otrokovice. Pondělní workshop byl rozdělen do tří bloků, z nichž první se zabýval pobytovými službami v minulosti a dnes, potřebami člověka (Maslowova pyramida potřeb), kvalitou života člověka a kvalitou služeb. Druhý blok workshopu se zabýval zjišťováním potřeb člověka v sociální službě a principy normality. Třetí blok se zaměřil na téma humanizace - transformace – deinstitucionalizace.

V úvodu workshopu lektor krátce představil sebe a požádal účastníky workshopu, aby se také představili a uvedli zařízení, kde působí, nebo jsou – li uživateli sociálních služeb. Účastníci měli rovněž uvést svá očekávání, a co by si chtěli z dnešního workshopu odnést.

Workshop Mgr. Bednařík uvedl krátkým shrnutím vývoj pobytových služeb od starověku až dodnes.

Následovala diskuze na téma

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

Účastníci vzpomněli na své dětství (doba před Sametovou revolucí v r. 1989), většina zážitků byla pozitivních, pěkné sousedské vztahy s rodinami, které vychovávaly dítě s postižením, jediná negativní vzpomínka popisovala ústavní výchovu v zařízení na Velehradě. Rodičům dětí s mentálním postižením se často hned v porodnici doporučovalo, aby své dítě dali do kojeneckého ústavu nebo aby si pořídili další dítě. Společnost považovala za běžné a jediné 'správné a normální' umístit takové dítě či osobu co nejdříve do psychiatrické léčebny a následně do ústavu.

Charakteristika medicínského modelu – poskytování zdravotní péče, rehabilitace, podřízenost pacienta, plánovací proces, postižení jako překážka zapojení do společnosti. Důsledkem tohoto modelu byla především segregace a izolace. Mentální postižení bylo chápáno jako nemoc a ústav jako místo, kde se nemoc léčila. Rizikem tohoto modelu bylo omezování kompetencí lidí s postižením a oklešťování jejich možností rozhodovat o vlastním životě. Extrémní aplikace tohoto modelu probíhala ve Skandinávii v polovině 20. stol. – nucené sterilizace mentálně postižených žen. Totální instituce je místo pobytu a práce, kde velký počet lidí se stejnou charakteristikou, oddělen od ostatních, vede společný, uzavřený, formálně řízený život (typický ústav, 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 a bez jednoho všeobjímajícího plánu.

Aktuální situace v České republice: 1. Dětské domovy, výchovné a diagnostické ústavy – 10.000 lidí, 2. Léčebny dlouhodobě nemocných – 7.000 lidí, 3. Psychiatrické léčebny – 21.000 lidí, 4. Domovy pro osoby se zdravotním postižením – 14.000 lidí, 5. Domovy se zvláštním režimem – 8.500 lidí, 6. Domovy pro seniory – 38.000 lidí. V České republice téměř 100.000 lidí v ústavním prostředí (pro porovnání město Otrokovice má 18.000 lidí).

Ústavní služby je tedy sociální služba – např. domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem, týdenní stacionáře, chráněné bydlení, domovy pro seniory. Jestliže v jedné budově/objektu je kapacita lůžek vyšší než 18 nebo kde kapacita je nižší, ale služba je poskytována v budově/objektu s další sociální službou.

Potřeby člověka:

- Fyziologické potřeby – potřeba potravy, tekutin, vyměšování, kyslíku, přiměřené teploty, pohybu, spánku a odpočinku, sexuálního uspokojení, vyhnutí se bolesti.
- Potřeby bezpečí – jistoty, stálosti, spolehlivosti, struktury, pořádku, pravidel a mezí, osvobození od strachu, úzkosti a chaosu.
- Potřeby sounáležitosti – lásky, náklonnosti, shody a ztotožnění, potřeby někam patřit.
- Potřeby uznání – sebedůvěry, sebeúcty, prestiže.
- Potřeby seberealizace – sebenaplnění, potřeba uskutečnit to, čím daná osoba potenciálně je.

Časté chyby ve vnímání potřeb uživatelů sociálních 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.

Další diskuse probíhala na téma:

- 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;
- 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)

Kvalitu života rovněž definuje legislativa – konkrétně Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb.

Princip normality – započal ve Skandinávii (1968) – rozhodnutí švédské vlády uzavřít všechny ústavy po osoby s postižením a celou dosavadní institucionální péči zcela změnit. Základní myšlenou principu 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 „normální“, ale to aby jedinci s postižením byly nabídnuty a umožněny takové životní podmínky, které jsou v dané společnosti a kultuře běžně uznávané jaké daná a obvyklá norma.

Principy normality tedy jsou: zachování rytmu běžného dne a týdne, oddělení sféry práce od sféry bydlení a volného času, prožívání běžného ročního rytmu, respektování vývojové fáze člověka s postižením, respektování vlastních přání, potřeb a rozhodnutí a nárok na uznání, akceptování života ve světě obou pohlaví, dostupnost běžného životního standardu jako základní předpoklad pro samostatný život, 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: 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.

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením 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 - 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'. Deinstitucionalizace umožňuje zaměřením na konkrétní potřeby a nezbytnou míru podpory. Díky zaměřením 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. Výhodou 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. 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.

Na závěr byl dán prostor účastníkům workshopu pro dotazy a připomínky. Z reakcí účastníků vyplynulo, že workshop byl pro ně velmi přínosný. Velice kladně účastníci hodnotili video, které lektor v průběhu workshopu pustil, a které poukazovalo na ústavní péči v nevyhovujících podmínkách, které v ČR v některých zařízeních stále jsou.

### Fotografie z workshopu:



Fotografie č. 1: Workshop – úvod



Fotografie č. 2: Workshop – představení



Fotografie č. 3 – diskuze