

Zkušenosti s transformací ústavní péče

Tento text byl vytvořen na základě převážně zahraničních zkušeností. Díky zapracovaným připomínkám Zdeňka Štandery, Soni Holúbkové a Rely Chábové se do něj promítají také první zkušenosti s deinstitucionalizací v ČR a na Slovensku.

Milena Johnová

Quip – Společnost pro změnu, 2008



Tento projekt je podpořen Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem ČR.

OBSAH

1.	Úvod	3
2.	Východiska	3
3.	Definice základních pojmu – ústav a komunitní sociální služby	4
4.	Důležité aspekty transformace	6
4.1	Politické rozhodnutí.....	6
4.2	Orientace na člověka	7
4.3	Komunitní (sociální) služby	7
4.4	Kvalita života	7
4.5	Negativní postoje zástupců zájmových skupin	8
4.6	Organizační struktura a role a kompetence	9
4.7	Nedokonalé vedení ústavů	10
4.8	Předpisy bránící rozvoj komunitních sociálních služeb	11
4.9	Problémy s dopravou (do práce, do školy)	11
4.10	Financování	11
4.11	Život lidí z ústavů v komunitě.....	13
4.12	Noví žadatelé o ústavní péči	13
4.13	Zlidštění života lidí tady a teď	13
4.14	Neformální zdroje jako zdroj pomoci a sociálního začlenění	14
5.	Co pomáhalo realizovat změnu	14
6.	Příklad transformace ústavu Kimberley Centre, Nový Zéland.....	15
7.	Příklad transformace ústavu Sweileh Centre, Jordánsko.....	18
8.	Příklad transformace ústavu Brandon Training School, USA	21
8.1	Plán sjednocení služeb.....	24
8.2	Síť krizové intervence ve Vermontu	25
9.	Zdroje.....	26

1. Úvod

Transformace ústavní péče je změna služeb umožňující lidem s postižením žijícím dosud v ústavu žít v běžných životních podmínkách za současného zlepšení kvality jejich života. Součástí této změny je snaha umožnit lidem žít v běžné společnosti aktivně.

Po „technické“ stránce je transformace proces postupného zániku původního, ústavního prostředí, které je nahrazeno takovou formou bydlení, která je běžná pro ostatní populaci. Výsledkem je systémová změna ústíci do oddělení poskytování služeb a bydlení, tj. stávající organizace bude poskytovat služby a bydlení bude pronajato od jiného subjektu nebo se klient nastěhuje do vlastního bytu. (Za účelem pořízení si bydlení se osvědčilo např. zakládání „družstev“ lidí s postižením.) Některé z původních ústavních budov přitom zůstanou pro lidi v krizové situaci, v některých budovách může vzniknout bydlení (skutečně) komunitního typu (otevřené pro jakékoli nájemníky), někde vznikne zázemí pro komunitní služby apod.

Transformace ústavní péče je prostředek nikoli cíl. Cílem je umožnit každému člověku žít jako součást společnosti. Zavírání ústavů se týká budov nikoli služeb a lidí. Kvalitu života lidí není možné v ústavu zvýšit na běžnou úroveň. Dokazuje to praxe v několika státech Evropy, Ameriky i jinde i první české a slovenské vlaštovky. Nic však nevyřeší pouhé vystěhování z ústavní budovy. Naopak, může to vést i ke zhoršení kvality života (osamělost, zvýšení kontroly nad klienty apod.). Proto je nevyhnutné položit si na začátku změn otázku, co z toho, co ústav člověku do té doby zajišťoval, by se mělo zachovat i po jeho odchodu ze zařízení a s tím i nadále počítat.

Lidé žijící v ústavech jsou našimi spoluobčany. Tak jako my mají právo žít běžným způsobem. Dokud se ale na ně budeme dívat jako na děti, žáky, pacienty, klienty, budeme jim předepisovat terapie, vzdělávání a výchovu... s tím, že teprve až získají kompetence, až si to svými výkony zaslouží, mohou odejít z ústavu. Ti, kteří je nezískají, nikdy neodejdou (Kent Ericsson). Tímto postojem jim ale odpíráme jejich přirozené právo.

Tento text vzniknul jako součást projektu *Pro změnu*, jehož smyslem je prostřednictvím profesního rozvoje pracovníků rozšířit možnosti sociálního začlenění obyvatel ústavů sociální péče a dalších pobytových sociálních služeb pro lidi se zdravotním postižením.

2. Východiska

ČR je jedním ze států, které přijaly Úmluvu o právech lidí se zdravotním postižením. Součástí této úmluvy je mimo jiné Nezávislý způsob života a začlenění do společnosti (čl. 19). Článek 19 zakotvuje právo každého člověka žít mimo ústav (viz motto).

Zákon o sociálních službách definuje, že úkolem sociálních služeb je napomáhat znevýhodněným lidem plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný.

Naším úkolem je tedy umožnit lidem především žít život, nikoli odcházet do běžného bytu „zkoušet běžný život“, „trénovat život v běžném bytě apod.

Odmítnutí tzv. rezidenčního kontinua, individuální a flexibilní podpora

Cílem je zaměřit služby na člověka, aby dostal takovou podporu, jakou potřebuje a přitom mohl bydlet u sebe doma (tam kde je to pro něj přirozené). Nemělo by být přijatelné, aby se míra poskytované podpory odvíjela od druhu služby – např. tzv. domov (ústavní zařízení) – nepřetržité poskytování služeb; chráněné bydlení - omezení počtu hodin podpory v jednom

dni; podpora samostatného bydlení – minimální asistence jen na pár hodin v týdnu. Základním východiskem se nesmí stát, aby člověk musel bydlet v určitém typu bydlení, aby dostal určitou míru a druh pomoci.

Žít život v normálních podmínkách máme umožnit všem lidem bez rozdílu. Schopnosti lidí by proto neměli hrát roli. Problém není ve schopnostech lidí, ale v tom, zda společnost dokáže vytvořit podmínky pro život ve společnosti pro všechny.

Oddělení bydlení od služeb

Bydlení a služby je potřeba pokud možno oddělit. Spjatost bydlení s asistencí může totiž vyústit do problémů typu: člověku nevyhovuje objekt chráněného bydlení, ale při odstěhování přijde i o službu nebo není spokojen s asistencí, ale při změně by přešel i o bydlení (viz situace dnešních ústavů – lidé zde žijící jsou de facto bezdomovci). Oddělení bydlení od asistence je flexibilnější a méně rizikové. Přináší lidem větší pocit jistoty.

Možnost mít vlastní domov

Pocit domova nevytvoří jen jmenovka na dveřích a vlastnoruční podpis na nájemní smlouvě, ale zejména atmosféra domova. Domov znamená vytvoření vlastních zvyků, rituálů, oslav. Doma se člověk cítí uvolněně. Doma může člověk chodit nahý nebo v teplákách, jak je mu to příjemné. Domov je fyzickou a emocionální základnou, ze které člověk může odcházet a kam se může vracet. Člověk musí cítit, že je to on, kdo rozhoduje o tom, kdo a co z vnějšku smí dovnitř.

Volba bydlení, lokality, spolubydlících a asistenta

Na začátku transformace ústavu by měla stát podrobná analýza životní situace obyvatel ústavu: zjišťování, jak má vypadat život uživatelů v budoucnu, kde mají sociální vazby. Od toho by se teprve měla odrážet strategie transformace organizace, budování kapacit služeb poskytovaných v přirozeném prostředí (chráněné bydlení, osobní asistence, podpora samostatného bydlení apod.) a hledání dalších poskytovatelů služeb v regionu (např. školy, zdravotnická zařízení).

Služby založené na přirozené podpoře

V životech lidí žijících v ústavech se velmi často pohybují témař jen profesionálové. Přitom důležitou součástí života každého člověka je přirozená podpora poskytovaná lidmi kolem (rodina, přátelé, sousedé, spolupracovníci apod.). Prvním úkolem sociálních služeb by měla být pomoc s rozvojem sociální sítě a s využíváním přirozené podpory.

3. Definice základních pojmu – ústav a komunitní sociální služby

Abychom mohli popsat výsledek procesu zvaného deinstitucionalizace, musíme mít definováno, co chápeme pod pojmem ústav.

K hlavním znakům ústavu patří: jsou zde shromažďování a izolování lidí na základě nějakého společného znaku; individualita lidí, kteří zde žijí, je potlačena; životy lidí jsou zde řízeny vedením těchto organizací, funguje zde jasná hierarchie¹.

¹ Totální instituce (total institution): Organizace většinou určené k resocializaci, ve které jsou jedinci po dlouhá životní období izolováni, jejich individualita je potlačena a jejich životy jsou řízeny vedením těchto organizací.

V ústavech jsou izolováni lidé na základě společného znaku

Současná typologie sociálních služeb, kterou stanovuje zákon o sociálních službách, je vlastně nástrojem sociálního vylučování. Jak jinak si vysvětlit existenci tzv. „domovů“ pro osoby se zdravotním postižením? Lidé, kteří potřebují zvláštní pomoc, se musí na tato místa přestěhovat, aby jim mohla být potřebná pomoc poskytována.

Přitom ústavy ve srovnání s obyčejným světem nenabízí nic navíc. Poskytnutí ubytování, stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (jak to stanovuje § 48 zákona o sociálních službách) může být zajištěno i vně ústavů.

Na rozdíl od běžného světa ústav poskytuje navíc jen oddělenost od okolí – speciální budova. To je jeho skutečný úkol. Výsledkem ústavní péče je vyčlenění osoby mimo běžný život společnosti a vytvoření závislosti na zde poskytovaných službách, tedy přesný opak toho, co se od sociálních služeb podle nové právní úpravy očekává (viz § 2 zákona 108/2006 Sb.).

Individualita lidí, kteří zde žijí, je potlačena

Člověk žijící v ústavu se musí přizpůsobit nepřiměřeně velké skupině lidí – často desítky až stovky dalších obyvatel. O svém denním programu nerozhoduje jedinec sám, ale většina ve skupině. Naprostá většina aktivit se také odehrává ve skupinách (vycházka, návštěva kulturní akce atd.).

Život v ústavu neumožnuje praktikovat některé běžné každodenní aktivity (např. péče o domácnost). V těchto oblastech proto ani není možné posoudit míru potřeb jednotlivých uživatelů služeb a tak nelze poskytovat služby individuálně přizpůsobené potřebám jedinců.

Životy lidí jsou zde řízeny vedením těchto organizací, funguje zde jasná hierarchie

V ústavu je člověk s postižením extrémně závislý na jediné autoritě: ústav zabezpečuje všechny klíčové potřeby člověka: bydlení, stravu, osobní pomoc, finanční i materiální prostředky, informace atd. Ústav má nad obyvatelem ohromnou moc.

Život v ústavu s sebou také nese nutnost přizpůsobit se pravidlům pro provoz specifických pracovišť (veřejné stravování, ubytovací a zdravotnické zařízení). Klient ústavu fakticky bydlí „v provozovně“ kde je nutno dodržovat zvláštní pravidla: hygienické normy (bez zdravotního průkazu nesmí do kuchyně si uvařit nebo po sobě umýt nádobí), nesmí si sám vzít léky (to může jen zdravotnický personál), mít v pokoji vlastní elektrický spotřebič (platí bezpečnostní pravidla). To vede k omezování soukromí a osobní svobody, základů lidské důstojnosti.

V ústavu stojí na nejvyšším stupni hierarchie ředitel/ka a na konci řady uživatelé služeb.

Příkladem jsou např. věznice, ústavy pro duševně nemocné nebo vojenské výcvikové tábory. Někteří autoři za totální instituce považují i školy. (Sociologický slovník, Jan Jandourek Portál 2001)

A **total institution**, also referred to as a **voracious institution**, as defined by Erving Goffman, is an institution where all parts of life of individuals under the institution are subordinated to and dependent upon the authorities of the organization. Total institutions are social microcosms dictated by hegemony and clear hierarchy. (http://en.wikipedia.org/wiki/Total_institution)

Komunitní sociální služby

Alternativou ústavní péče jsou služby poskytované v přirozeném prostředí, které umožní lidem žít běžným způsobem života, využívat běžné veřejné služby i dalších specialistů. Tyto služby bývají někdy označovány jako tzv. komunitní sociální služby (community based social services).

Komunitní (neboli veřejné) služby obecně představují soubor služeb poskytovaných veřejnosti. Patří sem celá škála služeb: vzdělávání, zdravotní péče, sociální služby, svoz odpadu, údržba zeleně, pošta, hromadná doprava atd. K základním znakům těchto služeb patří: jsou poskytovány místním obyvatelům, jejich cílem je zlepšit kvalitu života lidí, jsou lidem dobře dostupné, jsou využívány spontánně (když jsou potřeba), lze je kdykoli přestat využívat.²

Komunitní sociální služby by měly naplňovat následující znaky:

- pomáhají zvyšovat kvalitu života znevýhodněných místních obyvatel
- jdou za člověkem do běžného prostředí a umožňují mu tam žít
- umožní využívání běžných zdrojů (dalších veřejných služeb, neformálních zdrojů – např. rodina apod.)
- odpovědnost převádí na nejbližší okolí člověka
- nevytváří závislost na službě
- jsou využívány, když je jich potřeba a lze je kdykoli přestat využívat

Je potřeba zdůraznit, že i chráněné bydlení může být ústavem, nebude-li v něm mít člověk dostatek svobody pro rozhodování o svém každodenním životě, bude-li se muset přizpůsobovat požadavkům organizace, bude-li stát na konci hierarchie, bude-li se zvyšovat jeho závislost na této službě.

4. Důležité aspekty transformace

4.1 Politické rozhodnutí

Pro transformaci je nutné prosadit národní/regionální politické rozhodnutí ústavy zavřít. Např. ve Švédsku bylo uzákoněno v roce 1985, že každý, bez ohledu na druh a míru mentálního postižení, má právo na život mimo ústav. Ústavy jsou ve Švédsku ilegální. Deinstitucionalizace se dělá jako součást reformy veřejné správy, při níž služby přecházely z regionů na obce. Pro transformaci je potřeba mít jasnou filozofii a vizi.

Transformace je náročný proces trvající 10-15 let. Někteří lidé ve stávajících službách prostě dozijí. Proto je potřeba zajistit podporu nejen lidem vně ústavů, ale i uvnitř. Začít se musí tím, že se přestane s přijímáním nových klientů do ústavní péče.

² Cílem sociálních služeb by podle nové právní úpravy měla být podpora zpřístupňování veřejných služeb znevýhodněným lidem. To je v souladu také s Úmluvou o ochraně práv osob se zdravotním postižením (článek 9).

4.2 Orientace na člověka

Transformaci pomáhá, když financování a individuální plánování jsou zaměřené na člověka. Pro změnu kvality služeb je východiskem vyhodnocení stávajících životních podmínek jednotlivých obyvatel ústavů a vytvoření návrhu na míru šité podpory pro jednotlivce a jeho realizace. Bude vhodné zavést měření míry potřebné podpory, plánování zaměřené na člověka a dotáhnout model „financování na hlavu“ a použít jej. Problém nastává, když peníze jsou vázány na programy nikoli na lidi (to je i případ, kdy klienti pobytových služeb musí dle zákona odevzdat veškeré peníze pobytové službě!).

4.3 Komunitní (sociální) služby

Klíč k zavírání ústavů se nachází v jejich alternativě – v komunitních sociálních službách. Lidé se mohou z ústavů přesout v okamžiku, kdy jsou komunitní služby k dispozici. Je potřeba přijmout fakt, že komunitní sociální služby nejsou místa (domy) ale služby. Je potřeba vytvořit model komunitních služeb, který zabezpečí potřebou podporu lidem s postižením.

Základními komponentami komunitních služeb musí být služby zabezpečující bydlení a denní aktivity. (Nedostatek aktivit byl v 60. letech ve Švédsku jedním z nejkritizovanějších aspektů ústavní péče.) Služby denních aktivit zajišťují lidem podporu tam, kde se přes den vyskytuje. Služby bydlení a denních aktivit by měly být odděleny (podle Kenta Ericssona by mělo být od denních aktivit odděleno i např. podporované zaměstnávání). Ostatní potřebné služby by měly být poskytovány běžnými, místními veřejnými službami, ke kterým mají místní lidé přístup (další sociální služby, lékařská péče apod.).

Ve Švédsku šel vývoj takto: od center denních aktivit k aktivitám skupin. Důvodem bylo statisticky ověřené zjištění, že lidé využívající služeb denních center tráví většinu dne ve speciálním prostředí (čili, že nejsou sociálně začleněni). Znamenalo to, že přestalo být nutné hledat zvláštní budovy za účelem naplnění dne lidí s mentálním postižením. Denní aktivity lidí probíhají v běžných místech v komunitě. Vychází se z toho, že v komunitě probíhá řada aktivit, kterých se lidé s postižením mohou v různé míře účastnit. Tyto aktivity je potřeba adaptovat fyzicky a sociálně pro účast lidí s mentálním postižením. Jsou založeny na spolupráci s místními organizacemi a podnikateli. To vede ke změně formy a obsahu poskytované podpory.

Model komunitních služeb musí vytvořit někdo, kdo zná život v komunitě. Realizace modelu komunitních služeb znamená nové pracovní příležitosti.

Chráněné dílny a denní centra pro lidi s postižením představují zastaralý model poskytování služeb, který shromažďuje a segreguje pod zámkou ochrany, přípravy na zaměstnání a volby. Ale je jim odepřen přístup k typickým výstupům kvalitního života.

4.4 Kvalita života

Změna kvality života se liší v různých typech bydlení. Přesun do domů v běžné zástavbě přináší větší zlepšení než skupinové domovy či rekonstruované ústavy. Ale samotné prostředí nestačí. Je vždy potřeba pozorně zohledňovat rozmanité potřeby klientů a zajistit, aby jejich potenciál byl plně využit a aby se aktivně účastnili života v obci. Zlepšení kvality života je důležitým výstupem transformace ústavní péče a musí se zjišťovat.

Existuje velké riziko, že lidé, kteří léta žili v ústavní péči, jen těžko najdou „svoje lidi“, pokud nebudou mít odpovídající podporu. Je možné, že i při odpovídající podpoře někteří tuto situaci přijmou jen velmi těžko. V těchto situacích bychom měli zaujmímat dva základní

postoje: neustále citlivě a srozumitelně přiblížovat těmto lidem pozitiva neústavního života a současně akceptovat jejich volbu. Cílem by mělo být, aby lidé s postižením už nemuseli být přijímáni do ustavní péče a mohli prožít život v běžné společnosti za adekvátní podpory (individuálně nastavené služby).

Změna kvality života je klíčovou hodnotou, kterou přináší přestěhování. Musíme se ptát, zda je kvalita života lepší, stejná nebo horší. Každý člověk má jiná kritéria, která utvářejí jeho kvalitu života. Proto je nejlepší do studia zahrnout maximum z kritérií kvality života. Ke kritériím může patřit: nezávislost, produktivita, integrace, přístup na místa společenského života, přístup k potřebným službám, zdraví, využívání zdravotnických služeb a spokojenost s nimi, duševní zdraví, využití služeb péče o duševní zdraví a spokojenost s nimi, přátelství, fyzický komfort, soukromí, svoboda od omezování (fyzického, chemického či autorit), respekt personálu k důstojnosti a lidským právům, podpora rozhodování a učení se dovednosti rozhodovat se, ... Výzkumy ukazují konzistentní výsledek: v jednotlivých aspektech se kvalita života v komunitě vždy zlepšuje.

Je pět okolností, které jsou nezbytné pro kvalitu života: 1) přítomnost komunity (být v typickém komunitním prostředí spolu s ostatními lidmi bez postižení), 2) volba (mít široké příležitosti k uplatňování rozhodování o svém životě), 3) zapojení komunity (být součástí narůstajícího počtu osobních vztahů, které mohou vznikat díky pravidelné přítomnosti v každodenním prostředí), 4) respekt (mít ceněné postavení v síti ostatních lidí a zastávat ceněné role v každodenním životě a 5) kompetence (mít příležitost zapojovat se do aktivit, které jsou smysluplné pro získávání užitečných dovedností a zkušeností). (John O' Brien v Pat Rogan)

Měření kvality života podle Mitchel Fleming, Dympna Walsh a John F O' Mahony: vzhledem k tomu, že většina klientů nekomunikovala verbálně, tak byly monitorovány změny v životě klientů: změny v adaptivním chování (škála STAR), výběr a nezávislost, příležitosti zajistit si opravdovou domácnost a aktivity v komunitě, vztahy (s rodinou, a přáteli), zdraví a spokojenost, majetek a týdenní příjem, poruchy chování. Každý člověk byl hodnocen před a po přestěhování a znova za rok po přestěhování.

4.5 Negativní postoje zástupců zájmových skupin

Toto je nejčastěji uváděná překážka započetí procesu deinstitucionalizace. Je nutno smířit se s tím, že vždycky budou odpůrci deinstitucionalizace. Úspěch je potřeba demonstrovat a je potřeba jej dosáhnout hned na poprvé!!! Základní zájmové skupiny a jejich protiargumenty:

- Rodiny: Klient je vyhozen z prostředí, kde jsou zabezpečeny jeho potřeby. Rodiny také mohou podceňovat potenciál klientů. Je potřeba je informovat, vnímat jejich obavy a podpořit je, aby je překonaly, a využít rodiny, které tím úspěšně prošly. Je potřeba vzít do úvahy i potřebu jistoty, že se o jejich příbuzného někdo postará, jinak převáží obavy.
- Volení představitelé kraje: Rozhodnutí zavřít ústav je rozhodnutím politickým. Je spojeno s odporem ke změnám, strachem, pracovními místy, ekonomickým dopadem na daný region, zpravidla nemá nic společného s tím, jaké je nejlepší řešení pro lidi s mentálním postižením... Může být důležité např. spočítat, kolik nových pracovních míst transformace přinese (argumenty pro voliče).
- Zaměstnanci: nebudou chtít opustit zařízení a začít pracovat v komunitě a nebudou mít potřebné znalosti, dovednosti a postoje, aby mohli úspěšně pomát lidem, budou

se bát o místa (pozitiva: blíž k domovu, nové formy, více tvořivosti, méně koncentrace problémů, víc lidskosti, běžné situace, příležitost pro dobrou praxi).

- Místní podnikatelé: ústavy jsou odběratelé služeb a zboží (pozitiva: i lidé doma jsou odběratelé – roztroušení, vzniknou jiné příležitosti pro místní podnikatele (restaurace, obchody, čistírny, kadeřníci...)).
- Odbory: (pozitiva: další celoživotní vzdělávání, práce pro všechny, další možnosti osobního rozvoje pro pracovníky)

Osvědčená opatření:

- Poskytovat velké množství informací, výcviku a příležitostí k diskusi
- Vzájemné schůzky rodičů, uživatelů služeb a personálu
- Přístup zvaný „jeden po druhém“, aby se dostatečně věnovalo jedinečným zájmům a potřebám jednotlivců (na úrovni klienta to znamená Na člověka orientované plánování, rodinám položit klíčovou otázku: Co je potřeba učinit, abyste byli klidní a spokojení? To může ústít do krizového plánu – co dělat, když nastane neočekávaná situace
- Plánování zaměřené na člověka (PATH, Plánování osobní budoucnosti, ELP), které vede k návrh služby dle vlastních představ a redukuje obavy
- Prezentace úspěšných příběhů (ve zpravodajích, prostřednictvím médií)
- Nejdříve pracovat s lidmi, kteří chtějí ven Působili na klienty ve „druhé vlně“
- Zapojování klientů, kteří dosud nechtěli do aktivit: stínování ...

Transformace není nutně zánik původního poskytovatele. Pracovníci se nemusí bát, že přijdou o místa, klienti a jejich blízcí, že přijdou o služby. Služby bude poskytovat stále daná organizace (ústav) – nově širší spektrum služeb – také terénní služby typu osobní asistence, podporované bydlení apod., které si zaregistrouje.

4.6 Organizační struktura a role a kompetence

Bariérou na cestě k možnosti poskytovat komunitní sociální služby bývá zastaralá organizační struktura, nejasně vymezené role pracovníků a nedostatek kompetentních pracovníků.

Zmatky v rolích a odpovědnostech pracovníků – popisy jejich práce neobsahují dostatečné návody – jejich role a očekávání pro poskytování příležitostí v komunitě. Pracovníci mění náplň práce – pracují jinde (v komunitních službách v běžném prostředí). Je potřeba dát do souladu náplň práce s požadavkem poskytovat podporu v komunitě.

Personál ústavů má hranice: fyzické – víc toho během služby nestihou, když je jich tak málo a myšlenkové – neumí si představit, že klienti začnou zvládat víc věcí, že se bude s klienty jinak pracovat apod.

Problémem se také může stát, že personál v přímé péči nebude mít dostatečné rozhodovací pravomoci týkající se jednotlivých lidí, kterým poskytuje služby a nebude mít dostatek odbornosti.

Osvědčená opatření

- Vyškolení nižšího personálu k tomu, aby se adaptoval a byl schopen rozhodovat, vzdělávání a účast na konferencích, členství v profesních organizacích a vytváření sítí s jinými organizacemi, najímání personálu s potřebnými schopnostmi.
- Zploštění organizační struktury - méně manažerských.
- Snížení počtu technicko-hospodářských úvazků ve prospěch přímé práce. Další navýšení úvazků.
- Multidisciplinární týmy zaměřené na práci s určitou skupinou klientů – umožní výměnu informací a omezí tříštění poskytovaných služeb, vzájemné obohacení a postupně to umožní i zobecnění náplní práce směrem k „poskytování podpory v komunitě pro jednotlivé klienty“.
- Omezení přidělování skupiny klientů se společným znakem (s problémovým chováním, velkou mírou potřeb apod.) určité skupině pracovníkům – změna na rozdělení podle vzájemných vztahů – kdo si s kým vyhovuje.
- Najímání externích poradců a lektorů pro pracovníky.
- Finanční i nefinanční ocenění pracovníků.
- Pracovníci, kteří nepřijmou nové požadavky, budou muset odejít.
- Zpracovat model personálního zabezpečení, aby v ústavu bylo dost odborného i pomocného personálu v přímé péči pro zabezpečení rozvoje života klientů a naplnění jejich základních životních potřeb.
- Zvyšování účasti na vedení formou spolurozhodování zaměstnanců.

4.7 Nedokonalé vedení ústavů

Z výzkumů procesů transformace plyne, že skvělé vedení ústavu pohánějící proces změny je zásadním elementem („Je nutno se spoléhat na zanícení a odhodlání nejvyššího managementu prosazovat změnu!“). Proto je důležité si uvědomit, že toto není v Česku ani zdaleka pravidlem: ředitelé často nemají nejmenší představu, jak se řídí organizace, jakým způsobem je možné efektivně předávat informace, co je to vlastně individuální práce s klienty, nemají definované kompetence svoje ani zaměstnanců, nejsou schopni decentralizovat vedení, nechápou, že jsou servis pro zaměstnance, aby ti mohli dobře poskytovat službu atd. Nemají dořešenou koncepci a když mají představu nějakého cíle, nevědí, jakými kroky jej dosáhnout. V řadě organizacích vládne chaos.

Osvědčená opatření:

- Najímání nových vedoucích pracovníků
- Najímaní externích poradců
- Vytváření vedoucích týmů pro provedení změny – složené ze zástupců hlavních zájmových skupin; jejich úkolem je řídit proces změny a komunikovat se svou skupinou, aby měli neustále k dispozici zpětnou vazbu
- Navazování partnerství anebo navštěvování jiných organizací, které pokročily dále v procesu změn
- Vytváření nových zaměstnaneckých týmů

- Výcvik napříč pozicemi, aby se personál poučil v různých oblastech odbornosti – což posiluje přesouvání větších rozhodovacích pravomocí do předních linií
- Hlavně by měla být zpracována koncepce zařízení, kterou by měl (ředitel – vykonavatel) plnit. Garance zajištění kontinuity by měla jít už od zřizovatele, který určuje směr, podporuje nový způsob vedení, nové rozdělení kompetencí a zabezpečuje, že to neskončí, když se vedení změní. Je potřebné zajistit, aby byl zachován směr a cíl i při změně vedení. Toto by mohla zajistit „jakási správní rada“ složená z uživatelů nebo jejich zástupců, zástupců zřizovatele a odborníků a zaměstnanců.

4.8 Předpisy bránící rozvoj komunitních sociálních služeb

Osvědčená opatření:

- Neustálá jednání s tvůrci politik a zákonodárci a budování koalic pro lepší vyjednávací pozice pro lobování: dosažení výjimek a změn v problematických předpisech

4.9 Problémy s dopravou (do práce, do školy)

Život v komunitě a využívání běžných veřejných služeb s sebou přinese větší nároky na dopravní obslužnost, zejména v odlehlejších lokalitách. Primárně je potřeba usilovat o to, aby byla k dispozici veřejná hromadná doprava (důvodem je úsilí minimalizovat závislost na speciální službě.)

Osvědčená opatření:

- Spojení s místními dopravci a jednání o flexibilních, nenákladných řešeních
- Spojení s jinými skupinami obyvatel (senioři a další skupiny), které rovněž usilovali o lepší a přístupnou dopravní obslužnost
- Využití finančních pobídek

4.10 Financování

V období transformace stojí služby podstatně víc než předtím a potom, protože se financuje dvojí systém: ústavní a komunitní. Je zcela nezbytné mít jasný zdroj financování období přechodu a je potřeba namodelovat výdaje předem.

Orientační propočty ukázaly, že provoz stávajícího ústavu se finančně nijak neliší od provozu bytu (v přepočtu na jednoho klienta, tedy také jednoho obyvatele něco přes 7.000 Kč). V některých lokalitách (Neratovice) se ale ukazuje, že trh s nemovitostmi je v takovém stavu, že je výhodnější stavět, než si byty pronajímat. To ale není pravidlo, jinde naopak může být výhodnější si byty pronajímat. To znamená, že je nutno vycházet nejen z individuální situace konkrétních klientů, ale také z místních podmínek na trhu s nemovitostmi atd.

Základním ekonomickým problémem se ukazuje personální zajištění služeb. Příspěvky na péči nejspíš nepokryjí nové náklady, ani když budou klienti bydlet v počtu 3-5 na jeden byt (což nepokryjí ani v ústavu při zajištění podmínek pro rozvoj klientů a naplňování základních jejich životních potřeb!).

Stávající stav, kdy v řadě ústavů je poskytování služeb silně podfinancováno, neumožňuje poskytovat služby alespoň na takové úrovni, aby byly naplněny základní životní potřeby a vytvořen prostor, aby se uživatelé mohli rozvíjet. (Pro naplnění nejzákladnějších životních

potřeb by bylo potřeba doplnit např. fyzioterapii, augmentativní a alternativní komunikaci, individuální nácvik dovedností, vzdělávání, další terapie.) Je potřeba připravit modely financování, kdy služby jsou poskytovány v ústavu a v běžném bytě, obojí při naplňování základních životní potřeb.

S ohledem na nezbytnost začít služby poskytovat skutečně na základě individuálních potřeb, bude třeba dotáhnout na tomto principu i model financování služeb pro jednotlivce.

Transformace přináší zlepšení kvality života lidí s postižením žijících v běžné společnosti oproti životu v ústavu. Tento fakt je nutné zohlednit při porovnání ekonomických nákladů na život v ústavu a komunitě. Je potřebné sledovat nikoli prosté náklady, ale efektivitu – co se za ty peníze stane. Důvodem k transformaci nesmí být předpoklad nižších nákladů v přirozeném prostředí. V případě lidí s nejvyšší mírou závislosti mohou být náklady na služby v přirozeném prostředí vyšší než v ústavu.

Náklady je vždy potřeba sledovat v průměru na celou skupinu, nikoli na jednotlivce. Tomu bude potřeba se přizpůsobit – aby toto zjištění nezpůsobilo zastavení transformace z politických důvodů: ústavy musí opouštět lidé s různým stupněm závislosti na pomoci, aby náklady byly vždy průměrné. Je možné udělat finanční analýzu nákladů na služby, když v ústavu měsíční suma 10 tisíc x 12 mes. x 10 let ...1.200 tisíc vede k současné kvalitě života. Kolik z toho jsou služby přímo občanovi a kolik služeb za stejné peníze můžeme poskytnut přímo a účelově zaměřených na člověka podle jeho potřeb a po jak dlouhou dobu a v jaké frekvenci.

Záleží na tom, jak kvalitně bude stanovena míra a druh podpory. Člověk by měl dostat jen takovou podporu, která ho nediskvalifikuje ať ze strany nedostatečnosti, nebo přebytečnosti. Potom se náklady na poskytování služeb u lidí žijících doposud v ústavech hodně změní. Bude spousta uživatelů, jejichž podpora bude stát mnohem méně než dosud. To se samozřejmě netýká uživatelů jejichž postižení je těžší. Individualizací rozpočtů ale bude každý uživatel přesně vědět, za jaký typ služby platí. Což v mnoha případech může být i motivační prvek.

Osvědčená opatření:

- Navození lepších pracovních vztahů s financujícími subjekty a tvůrci politik za účelem lepšího financování stanovených cílů.
- Prezentace úspěchů vlastní organizace
- Dojednání alternativních systémů financování
- Diverzifikace finančních zdrojů
- Omezování výdajů (prodej, leasing, pronájem zařízení a vybavení) a přesměrování přebytečného zisku do komunitních služeb.
- Financování podle výsledku: organizace se budou zaměřovat na finančně efektivní a na výsledek orientované služby, které jsou současně poskytovány na základě individuálně stanovených potřeb a přání.
- Je potřeba se zabývat otázkou prodeje nemovitosti, v níž byl ústav umístěn
- Je potřeba zvažovat, zda rekonstruovat budovy nebo zřídit komunitní služby

4.11 Život lidí z ústavů v komunitě

Jedním z rizik přesunu obyvatel ústavů do komunity je, že kvalita života lidí se nezlepší, případně že se zhorší.

Je důležité si uvědomit, co všechno ústav lidem poskytuje – nenabízí jen možnost přespání, jídlo, práci, odpočinek. Ústav může dávat také pocit bezpečí, pocit zázemí, pocit sounáležitosti. Pokud lidem v obci nabídnete jenom místo k jídlu a spaní, potom jsme vedle, protože se zpřetrhají i ta slabá emocionální pouta, která do té doby měli. A budeme poskytovat špatné služby jako špatný ústav. V obci je potřeba lidem s postižením nabídnout stejnou kvalitu života, jako se snažíme mít my osobně, včetně citového zázemí. Musíme věnovat velkou pozornost podpoře starých a budování nových přátelství lidí s postižením, zapojení rodiny, přátel... sociálního okolí člověka v ústavu.

Při poskytování podpory je potřeba řídit se zásadami: „Tak moc, jak je potřeba, avšak co nejméně“ a „Co nejvíce z přirozených zdrojů“.

I v komunitních službách pracují nekompetentní lidé, proto samotné komunitní služby představují riziko pro úspěch transformace.

4.12 Noví žadatelé o ústavní péči

Není možné na jedné straně lidi z ústavů přemisťovat do komunity a na druhé straně brát nové lidi dovnitř. Musí se zastavit přijímání nových uživatelů do ústavní péče. (Myšleno ústavních částí služeb poskytovatelů služeb.) Principiálně by se mělo zajistit, aby se každý nově hlásící člověk už ani nedostal do ústavního prostředí. Tzn. ústav, který se transformuje, nemůže přijímat nové uživatele – navyšovat kapacitu – dokud nebudou všichni jeho uživatelé žít v běžném prostředí.) Přijímání nových uživatelů by se mělo řídit následujícími opatřeními:

- analýza žádostí a analýza potřeb v regionu (viz střednědobý plán rozvoje sociálních služeb)
- podpora stávajících pečovatelů = dostupnost služeb pro rodiny – např. raná péče, poradenství, respirní péče a krizová pomoc atd. (viz výsledky analýzy žádostí a potřeb v regionu)
- rozvoj služeb poskytovaných v přirozeném prostředí: regionální síť komunitních služeb = osobní asistence, podporované bydlení, pracovní rehabilitace s důrazem na podporované zaměstnávání, pečovatelská služba, domácí péče, krizová intervence (viz výsledky analýzy stávajících žádostí a potřeb v regionu a z typologie zákona vybrat jen skutečné komunitní služby), zároveň bude potřeba pracovat na vytvoření kapacity bytů, které bude možno využívat pro žadatele o ústavní péči
- Podpora rozvoje pěstounské péče/náhradní rodinná péče („Máte-li na jedné straně 3 % lidí s nějakými speciálními potřebami, tak na druhé straně jsou 3 % jiných, kteří takové potřeby naplní. Postavíme-li mezi ně instituce, setkání znemožníme.“ MCH, nedatováno)

4.13 Zlidštění života lidí tady a teď

Než budou mít možnost odejít do vlastních domovů v komunitě:

- Lidé by měli mít možnost někam přes den odcházet (jako děti do školy a dospělí do práce). To bude mít nároky na dopravu v případě odlehých ústavů a u lidí s kombinovaným postižením.
- U lidí s hlubokým mentálním postižením je otázkou kam a za jakým účelem. Mimo ústav by se mohla odehrávat také např. odborná část práce s klienty (fyzioterapie, AAK) – to znamená vytvoření těchto míst – center.
- Lidé s těžkým postižením (kombinovaným a hlubokým mentálním) musí mít zajištěno alespoň to, aby se přes den dostali do „pracovní polohy“ (pro většinu klientů to znamená možnost sedět a vidět svět normálně). Zatím převážně leží a vidí pouze strop pokoje. K tomu je potřeba zabezpečit hlavně vozíky, ortézy.
- Lidem, kteří mají bolesti a potřebují rehabilitaci je nutno zabezpečit odbornou pomoc.
- Lidem, kteří neumí komunikovat běžným způsobem, je potřeba umožnit vyjádřit svou vůli metodami AAK, které by se měly stát součástí každodenního života.
- Lidé s postižením potřebují přirozené **podněty**, aby se mohli rozvíjet.
- Lidé s těžkým, kombinovaným postižením potřebují **individuální podporu** pro svůj rozvoj. Např. většina z nich jí mixovanou stravu pomocí lahve, ale někteří z nich by mohli při trpělivé práci začít jíst lžičkou a případně i přejít na tužší konzistenci potravy; mohli by více ovládat svoje okolí (TV, rádio, zavolat asistenta, internet atd. pomocí assistivních technologií).

4.14 Neformální zdroje jako zdroj pomoci a sociálního začlenění

Neformální zdroje (rodina, přátelé, spolupracovníci, sousedé apod.) často v životě klientů nefigurují. Přitom mohou být zdrojem podpory a sociálních vztahů. Je potřeba zmapovat v rámci individuálního plánování.

Veřejné zdroje

Je potřeba vymoci pro klienty přístup k veřejným zdrojům: veřejné zdravotní pojištění, školství, sociální bydlení, ...

5. Co pomáhalo realizovat změnu

- **Na začátku** procesu změn je formulování a přijetí jasné komunitní vize, poslání a hodnot.

Je dobré položit si pár zásadních otázek:

- Jaký je náš cíl? Jaké služby budeme poskytovat?
- Kdo jsou naši primární a sekundární zákazníci?
- Jakých výsledků chceme dosáhnout?
- Jaká je nejlepší cesta k dosažení těchto výsledků?
- Jak budeme měřit úspěch?

Je potřeba do diskuse zapojit rodiny obyvatel, personál, členy rad a dalších financujících subjektů – aby se aktivně podíleli na změnách a měli v procesu změn své slovo a svou roli.

- Zapojení všech zájmových stran od začátku
- Individualizace služeb vycházející z plánování zaměřeného na člověka (cílem je poznat zájmy, touhy, potřeby a hodnoty a odtud odvítjet denní program jednotlivců)
- Naslouchání přání lidí s postižením a jejich rodin a jednání v souladu s tím
- Nábor a výcvik kvalitního personálu
- Zajištění kvalitních pracovních míst
- Ukončení přijímání nových lidí do stávajícího zařízení
- Kontakt s externími poradcí, kteří usměrňovali změny (musí být jasná koncepce)
- kontakt s ostatními, kteří podstupovali změnu
- Zeštíhlení organizace, aby většina pracovníků byla v přímé péči (nakupování služeb)
=> zploštění organizační struktury za účelem zvýšení počtu pozic, které jsou zaměřeny na práci s klienty a změny v náplních práce tak, aby se pracovníci mohli věnovat práci v komunitě
- skvělé vedení ústavu, které pohání proces změny – zásadní element (budoucí změny vycházejí spíše z interní než z externí iniciativy; je nutno se spoléhat na zanícení a odhodlání nejvyššího managementu prosazovat změnu!)
- týmová práce (zásadní složka v procesu změn). Pracovníci pracují samostatněji, více samostatně rozhodují, pracují v komunitě, nutno komunikovat s lidmi venku (např. se zaměstnavateli, pracovníky škol ...) z toho měli pracovníci strach – proto restrukturalizace týmů, aby se mohli učit jeden od druhého, profitovat r z různých odborností(decentralizace vedení)
- společné rozhodování
- Investice do vzdělání personálu: vytvoření kultury příznivé pro učení se
- marketingová změna image organizace
- budování partnerství s firmami
- omezení investic do nemovitostí a vybavení
- hledání flexibilních a alternativních zdrojů financí
- financování fungující jako pobídka pro změnu

6. Příklad transformace ústavu Kimberley Centre, Nový Zéland

Na Novém Zélandu s počtem obyvatel kolem 4 milionů žilo v určité době až 2.200 lidí v ústavní péči. Následující popis se týká ústavu, který zde byl uzavřen jako poslední.

K zavírání ústavů vedlo několik důvodů: Královská komise pro nemocnice a příbuzné služby už v roce 1973 doporučila odklon od zdravotnického modelu služeb pro lidi s postižením a přechod ke službám umístěným v komunitě. Změnil se také přístup k lidem s mentálním postižením, zejména v důsledku nových poznatků o mentálním postižením a pochopení toho, jak negativně ovlivňuje instituce život lidí. Důležitým impulzem byla také Deklarace práv lidí s postižením zveřejněná Spojenými národy v roce 1975. Tento dokument se na Novém Zélandu stal základem státní politiky.

V roce 2000 začala příprava národní strategie vůči lidem s postižením, do jejíž přípravy bylo přímo zapojeno prostřednictvím řady workshopů a dalších setkání 1.200 lidí s postižením i odborníků z oblasti služeb pro tuto skupinu lidí. Strategie byla připravena v dubu 2001. Vedle toho vznikla řada dalších vládních politik týkajících se rozvoje a poskytování služeb. Strategie vycházela z vize, že Nový Zéland bude zemí, „kde lidé s postižením mohou říci, že žijí ve společnosti, která si váží jejich životů a neustále se snaží posilovat jejich plné zapojení“. Toto provolání se promítlo také do praxe.

Budovy ústavu Kimberley Centre byly postaveny za druhé světové války, kdy sloužily jako vojenská letecká základna. V roce 2001 zde žilo 236 mužů a 143 žen ve věku od 17 do 77 let. Velká část obyvatel byli lidé s komplexními potřebami, s velkými zdravotními problémy či problémovým chováním.

Rozhodnutí o uzavření ústavu padlo v září 2001. Záhy poté byla stanovena projektová manažerka, jejímž úkolem bylo ve spolupráci s ministerstvem sledovat celý proces. Byl ustanoven řídící výbor, do něhož byli zapojeni zástupci rodičů obyvatel ústavu, ministerstva, sebeobhájci a obhájci práv lidí s postižením. Skupina se setkávala měsíčně a ovlivňovala proces transformace. Dále byla vybrána servisní organizace, která měla koordinovat proces přechodu jednotlivých obyvatel do komunity a zajištění služeb pro ně.

Zásadním faktorem úspěchu je v řízení procesu transformace ústavu efektivní komunikace mezi členy zájmových skupin. Byly identifikovány následující klíčové zájmové skupiny:

- Obyvatelé ústavu, jejich rodiny a lidé, kteří jim pomáhají
- Ministerstvo zdravotnictví, které financovalo projekt a neslo za něj odpovědnost
- Společnost Housing New Zealand³ odpovědná za nákup a úpravu bytů. Toto je důležitý hráč, protože dostupnost vhodného bydlení v regionu je pro realizaci projektu klíčová.
- Servisní organizace LIFE Unlimited⁴, která nesla odpovědnost za proces transformace.

Stěžejní je, aby projektový manažer měl mandát od financujícího úřadu (ministerstva) k tomu, aby sledoval, zda všichni dělají to, co dělat mají, a že potenciální problémy a zpoždění jsou okamžitě řešeny. V projektu zavírání ústavu Kimberley Centre se osvědčila zejména měsíční periodická setkání řídícího výboru. Na setkání se probíraly praktické otázky, řešily problémy a otázky a sledoval se pokrok projektu. Jako přínosné se ukázalo jasné vymezení rolí v rámci projektu a dokumentování procesů, což redukovalo nejistoty a nejasnosti mezi zájmovými skupinami.

Úkolem servisní organizace LIFE Unlimited bylo koordinovat přesun lidí z Kimberley Centre do komunity. Tento úkol zahrnoval facilitaci výběru obyvatel a jejich rodin, koordinaci služeb, zjišťování potřeb jednotlivců, zabezpečení podání žádostí o povolení změny bydliště odcházejících klientů ústavů u soudů a vytvoření individualizovaných rozpočtů pro každého klienta. Dále byla organizace odpovědná za kontrolu bydlení jednotlivých lidí po přesunu do komunity a zajištění toho, že jsou člověku k dispozici všechny potřebné služby (kontrola

³ Housing New Zealand se mimo jiné věnuje sociálnímu bydlení a poskytuje konzultace v oblasti bydlení novozélandské vládě), www.hnzc.co.nz

⁴ Organizace LIFE Unlimited vznikla v roce 1979. Dnes poskytuje služby lidem s postižením - mimo jiné denní služby, zjišťování potřeb a koordinaci služeb. LIFE znamená nezávislý život pro každého. www.life.nzl.org

spokojenosti). Současně byl v té době pro každého také revidován a upraven individuální rozpočet.

Fáze přesunu

Prvním krokem byla konzultace s obyvatelem ústavu, jeho rodinou nebo opatrovníkem. Konzultaci zajišťoval pracovník servisní organizace LIFE Unlimited. Bylo potřeba dohodnout lokalitu a další podmínky bydlení, kam se obyvatel přestěhuje, poskytovatele služeb a budoucí spolubydlící. Tato fáze trvala zhruba 6 týdnů.

Na základě toho byli obyvatelé umístěni do skupinek 4-6 lidí s obdobným postižením, přičemž bylo důležité, aby si lidé především vyhovovali po lidské stránce.⁵ Skupina byla poté sledovány týmem složeným z pracovníků ústavů, který jednotlivé obyvatele znal, servisní organizace LIFE Unlimited a dalších specialistů. Cílem bylo zjistit, zda si skupina lidí vyhovuje. Tato fáze trvala asi 2 týdny.

Jakmile se potvrdilo, že skupina obyvatel je kompatibilní, začala Společnost Housing New Zealand hledat pro danou skupinu/jednotlivce bydlení na základě individuálních potřeb. Buď byl nalezen vhodný dům nebo bylo rozhodnuto dům postavit. Byly nakresleny a schváleny plány (ze strany specialistů, rodiny a servisní organizace LIFE Unlimited) a mohla začít úprava nebo výstavba domu (obvykle trvala 35 týdnů). Celý proces od rozhodnutí hledat pro daného jednotlivce/skupinu bydlení trval jeden rok. Z toho důvodu bylo potřeba mít jasné časové schéma, určené mílníky a sledovat proces.

Asi 3 měsíce před dokončením úprav/výstavby domu bylo potřeba vyřešit otázku přestěhování po právní stránce. Na Novém Zélandu rozhoduje soud o místě, kde bude člověk s mentálním postižením bydlet. (Podle zákona jsou tito lidé neschopní činit rozhodnutí vzhledem k mentálnímu postižení.) Je třeba požádat soud o rozhodnutí, že se daný člověk může přestěhat.

Dále bylo navrženo financování služeb v závislosti na potřebách konkrétního člověka. Pojmenují se potřeby konkrétních obyvatel ústavů a je nutno zajistit, aby služby pro ně byly profesionální a zabezpečily spokojenosť. Nový domov musí poskytovat vedle jídla, spaní atd. také bezpečí, pocit sounáležitosti a zázemí. Nesmí se zpřetrhat sociální vazby. Při odchodu z ústavu každý člověk dostal grant ve výši \$5000, který byl určen na pořízení osobních věcí jako je postel, televize, nábytek atd.

Po třech měsících prováděla servisní organizace kontrolu, zda člověk má všechny potřebné služby a zda jsou jeho potřeby naplněny. Současně byl přehodnocen jeho osobní rozpočet.

Život v komunitě – co čekalo lidí stěhující se z Kimberley Centre

Každodenní služby doma zajišťovaly nestátní organizace dostupné daném v místě. Pokud se posléze tito poskytovatelé osvědčili, uzavřelo s nimi Ministerstvo zdravotnictví smlouvu. Tím se stali preferovanými poskytovateli a získali příležitost prezentovat své služby rodinám, což umožnilo rodinám učinit informovaný souhlas ohledně výběru vhodné služby pro rodinného člena. (Poskytovatelé jsou kontrolováni ministerstvem, zda plní stanovené standardy kvality.)

Řada obyvatel ústavu Kimberley Centre měla velmi komplexní potřeby, proto byli najati specialisté. Speciální tým poskytoval: podporu v oblasti problémového chování,

⁵ Ze zkušeností ústavu v Horní Poustevně víme, že jeden byt čítající cca 5 klientů „unese“, aby jeden z nich měl těžké, kombinované postižení.

psychologickou pomoc, zvláštní ošetřovatelství, pracovní terapii, duální diagnostiku, podporu pro lidi s duální diagnózou, fyzioterapii, logopedii. Tento tým také poskytoval vzdělávání pro pracovníky komunitních služeb.

Dále byly najaty organizace, jejichž úkolem bylo pro bývalé obyvatele ústavu zajistit pět půldenních programů a aktivit typu plavání, řemesla ... cokoli, co mohli lidé dělat.

Reakce rodin

Bezprostředně po oznámení, že ústav bude uzavřen, byly reakce mnoha rodin negativní. Uzavření bylo vnímáno jako důsledek rozpočtových škrtů, který připraví lidi s postižením o jistotu a bezpečí. V této situaci se osvědčilo:

- Zajistit velmi dobrou informovanost rodin nejen na začátku, ale v průběhu celého procesu transformace.
- Naslouchání rodinám, jejich obavám. Potřebují vědět, že jejich strach je vnímán, jejich otázkám je věnována pozornost a jejich problémy budou řešeny.
- Cenným zdrojem jsou rodiny lidí, kteří se z ústavu odstěhovali dříve a jejichž prostřednictvím lze demonstrovat úspěchy. To pomáhá lidem (hlavně těm v opozici) pochopit a přijmout změny.

Důležitý poznatek je, že téměř bez výjimky, byly rodiny po přestěhování spokojeny.

Nejpodstatnější ale je, že život v komunitě se ukázal lepší pro obyvatele ústavu. Ústav Kimberley Centre byl zavřen v červnu 2006.

7. Příklad transformace ústavu Sweileh Centre, Jordánsko

Na základě rozhodnutí správní rady, že ústav (Sweileh Centre) se má zavřít. Ústav měl v té době 145 klientů.

Vytvořen projektový tým, jehož úkolem bylo pečovat o svěřený úkol. Na místní úrovni vedl projekt ředitel ústavu, který měl zkušenosti z administrativy i financování. Externí konzultantka ze Švédska byla stanovena na tři roky jako poradkyně ředitele a koordinátorka projektu (předtím prováděla analýzy v ústavu).

Hlavní zájmové skupiny dotčené projektem:

- obyvatelé ústavu: přestěhovat se jinam a zvyknout si na nové prostředí a komunitu
- rodiny obyvatel: nutno je informovat a zapojit do procesu
- personál: někteří přešli do nových služeb, někteří do jiného zaměstnání a někteří do penze
- Bylo potřeba připravit zástupce veřejných služeb (zubaři, lékaři, ...), kteří do té doby neměli takové klienty: vytvořit vztahy s nimi a uvést je do problematiky potřeb lidí s postižením
- Vytvoření úzkého kontaktu s úřady odpovědnými za financování služeb a regulaci (zákon tec.).
- Širší veřejnost – předpokládalo se, že budou mít otázky: informace prostřednictvím médií

Bylo potřeba mít plán („roadmap“). Při tvorbě se vycházelo z konceptu „Community based approach“, který tvořil rámec všem krátkodobým i dlouhodobým úkolům v „roadmap“. (Filozofický rámec pomáhá určovat směr a umožnuje kontrolovat, jestli stanovené úkoly vedou správným směrem.) Pracovalo se s hodnotami – v transformovaném ústavu byly zveřejněny u vstupu... ochrana práv lidí s mentálním postižením byl první důvod pro transformaci daného ústavu. Bylo jasné deklarováno, že transformace vychází z jordánské právní úpravy („Lidé s postižením mají právo na život ve společnosti.“)

Klíčovými informacemi pro vytvoření plánu transformace bylo zjištění rodinné a domácí situace (recognition of family and the home community). Od toho se odvíjelo rozhodnutí o lokalizaci služeb, které se v budoucnu měly konkrétním lidem poskytovat (včetně hledání partnerů pro poskytování komunitních sociálních a dalších služeb). Začít se musí když ne individuálním plánem, tak alespoň hrubou analýzou situace každého klienta (odkud je, zda má rodinu, která má zájem a do jaké míry ten zájem má.) - mohlo by se počítat s tím, že by se vrátil někam blíž rodině nebo je to jedno, protože nemá nikde nikoho.

Před zahájením procesu uspořádali workshop pro spolupracující partnery. Zahajoval úředník z místního ministerstva sociálních věcí, vysvětlil cíle a postup (tři cíle: osobní rozvoj lidí s postižením, využití komunitních zdrojů a začlenění do společnosti). Během workshopu se diskutovali čtyři nezbytné principy (vycházelo se také UN Standard Rules, 1993): 1) Lidé s postižením mají zůstat ve společnosti a účastnit se života většinové společnosti; 2) mají rozhodovat zvlášť o věcech, které se jich týkají; 3) mají dostat pomoc, kterou potřebují při vzdělávání, zdravotní péči a v sociálních službách; 4) jejich potřeby se musí zohledňovat při individuálním plánování, aby mohli hrát aktivní roli v rozvoji místní komunity. Workshop posilnil účastníky v odhadlání být pionýry v procesu transformace.

Akční plán: Postavený na základě úkolu, který stanovuje právní úprava a mezinárodní dokumenty. 6 hlavních cílů akčního plánu:

- 1) zabezpečení vedení projektu a vztahy s vládou a NNO
- 2) zapojení a rozptýlení (diseminace) předškolních a školních zařízení, která by mohla (měla) sloužit dětem s postižením z regionu
- 3) zabezpečení pracovních příležitostí pro klienty
- 4) zajištění bydlení v komunitě pro 6 dospělých obyvatel ústavu
- 5) zajištění financování služeb pro stávající uživatele služeb v ústavu, které budou posléze zajištěny z komunity
- 6) nalezení pracovních příležitostí pro stávající personál ústavu v jiných organizacích

S výjimkou 6 dospělých klientů bez rodin se všichni ostatní vrátili žít ke svým rodinám. (Lidé s postižením patří rodinám nikoli službám.) Rodiny by měly hrát důležitou roli v životě lidí z ústavu a nové služby by měly být situovány co nejblíže home communities klientů. Rodiny byly zapojeny do plánování nových služeb. Udělala se analýza, odkud pochází jednotliví klienti a jaké další služby potřebují v začlenění: předškolní zařízení, ZŠ, SŠ, práce. Postaveno na představě, že vzdělávání má být neinstitucionální.

Plán denních aktivit pro dospělé – postaveno na neinstitucionálním základě včetně práce na otevřeném trhu.

Naplnění konceptu Community based approach znamenalo najít takové místní organizace zabývající se zdravotním postižením, které mají zkušenosti z práce s lidmi s postižením - výměna zkušeností a potenciální partneři pro spolupráci (ne všichni budou moct a ne všichni budou chtít pracovat s lidmi s těžkým postižením).

Pro využití místních zdrojů je důležitá maximální otevřenosť a poskytování informací o novém způsobu poskytování služeb všude (od neformálních kontaktů po oficiální konference).

Hledání dalších zdrojů - „klepání na dveře“ – získání dalších organizací (podnikatelé, církev etc.), které by mohly něčím přispět (osobně nebo svými kontakty) a přispět k šíření povědomí o projektu.

Zabezpečení komunitních služeb znamená smluvní závazek jiných organizací zabezpečit služby. Znamená to také najmutí nových pracovníků.

Součástí uzavření ústavu Sweileh bylo také plánování toho, co s budovou a pozemky.

Plán bydlení pro dospělé klienty, kteří se nemohli vrátit k rodinám. Pro těchto 6 klientů bylo vytvořeno skupinové bydlení v budovách bývalého ústavu. Později bylo rozhodnuto pokusit se umožnit těmto lidem žít s náhradní rodinou. (Nutno vzít v úvahu kulturní rozdíly: šlo o bydlení v širších rodinách, např. vícegeneračních včetně několika manželek pána domu.) Za tím účelem byla vytvořena pracovní skupina. Pro každého ze 6 klientů byla udělána analýza potřeb a bylo navrženo, jak by měla vypadat podpora. Začalo se s hledáním náhradní rodiny: byli osloveni bývalí zaměstnanci ústavu a mnoho dalších lidí. Návrhy náhradních rodin byly zkoumány z mnoha hledisek: úprava existujícího domova, přístup ven, vztahy s dalšími členy rodiny a sousedy, přístupnost k dalším službám (zdravotnickým, dopravě apod.). Pracovní skupina na základě toho vydala doporučení, kde by bylo vhodné domov vytvořit. Na základě toho začalo vyjednávání smlouvy mezi původním ústavem a rodinou o právních a finančních otázkách. Poté začaly přípravy přestěhování (návštěvy navržených nových domovů atd.). Proces trval 2 roky. Důležité bylo to, že bývalí klienti ústavu se dostali do prostředí, kde jim pomoc zajišťoval vždy někdo, s kým se už znali (bývalí pracovníci ústavu). Přitom se ukázalo, že i řada dalších lidí z komunity projevila zájem poskytnout domov a podporu.

Byl vytvořen tým pro podporu života v komunitě – „The community support team“ (CST), který původně vzniknul v ústavu a měl podporovat rodiny a poskytovatele komunitních služeb prostřednictvím různých specialistů. (Mohl by např. zajišťovat moderátory a metodiky individuálního plánování, což zřejmě také bylo v Jordánsku.) CST se stal nakonec součástí komunitních služeb. Změna služeb ze stacionárního na ambulantní typ vyžadovala nové postupy a vztahy. Role členů týmu se změnila: role kontrolní se změnila na konzultantskou (kontrolovat má šéf) – proto ten název, který přišel až v průběhu. Profesní složení týmu se vyvíjelo v závislosti na potřebách terénu: např. další fyzioterapeut a speciální pedagog, psycholog etc. Vedle CST byli k dispozici další externí odborníci.

Za účelem zajištění kvality nových služeb byl formulován program zajištění kvality.

Celý proces byl dokumentován a analyzován, aby mohly být poskytnuty informace účastníkům o tom, co se stalo.

Follow up studies – univerzity zjišťovaly studie realizované po přestěhování do běžného prostředí pohledu rodin, personálu a veřejnosti.

Dokumentace nových služeb

Interview s rodinami s cílem získat komentáře a připomínky týkající se členů jejich rodiny.

Původním smyslem ústavu bylo vzdělávání. Poté, co se klienti odstěhovali ke svým rodinám, dojížděli do školy do ústavu každý den. Cílem bylo zajistit alternativní základní vzdělávání. Protože v době zavírání ústavu žádná místní běžná škola nechtema děti s kombinovaným postižením přijmout, realizovali alternativní projekt postavený na hledání zařízení, kde by mohly být třídy pro děti z ústavu (pro 107 dětí). Postupně začaly děti s kombinovaným postižením přijímat také běžné základní školy. Cílem bylo získat školy co nejbližše bydlišti dětí.

Další částí služeb původního ústavu bylo nahradit střední školu a chráněné dílny. V regionu bylo vytvořeno několik center hlavně tím, že se rozšířila nabídka již existujících služeb. Byly také využity možnosti na otevřeném trhu práce. Cílem bylo umožnit lidem opouštějícím ústav získat příležitosti pro aktivní život mimo vlastní domov. Přineslo to příležitosti potkat sousedy, známé a přátele. Za tím účelem bylo potřeba najít spolupracující organizace, které nové příležitosti pro denní aktivity vybudovaly.

Proces transformace trval 8 let. Během nich vzniklo postupně 49 nových projektů, tj. zařízení, která začala poskytovat služby bývalým klientům ústavu. S postupem realizace projektů se snižoval počet klientů v ústavu a zvyšoval se počet lidí využívajících komunitní služby.

Rok	97	97	99	00 ⁶	01	02	03	04
Nové projekty	0	3	4	7	7	8	11	9
Klienti ústavu	145	112	93	49	39	29	2	2
Klienti v komunitě	0	25	53	97	116	109	154	137
Personál ústavu	75	74	68	57	49	30	24	25
Náklady (tisíce SEK)	3.262	3.983	4.050	4.193	4.408	4.112	2.280	2.178 ⁷

Protože se klienti vraceli do rodin, bylo velké úsilí věnováno spolupráci rodin. Nejdříve navštěvovali převážně členové CST rodiny a pak rodiny centra služeb. Cílem bylo, aby se navázal úzký kontakt mezi rodinami a službami.

Doprovodnou aktivitou transformace bylo dotazníkové šetření mezi rodinami a personálem.

8. Příklad transformace ústavu Brandon Training School, USA

Ústav Brandon Training School (BTS) byl uzavřen 17. listopadu 1993 jako poslední ústav státu Vermont. Původní počet obyvatel ústavu byl kolem 600. Od 60. let se začalo s postupným snižováním počtu. Uzavřeno na základě soudního rozhodnutí⁸ ze zbývajících cca 300 obyvatel. Stát rozhodl, že služby se sjednotí do systému komunitních služeb, do kterých soustředí veškeré úsilí.

Důvody k uzavření:

⁶ Od tohoto roku se začalo se službami „habilitation and family work“, které nějak souvisí s mobilitou. Zjistím časem.

⁷ Snižení o 1 mil. Je dáno tím, že řada činností vykonávaných v ústavu se v komunitě nedělal: péče o zahradu, doprava, údržba budov, kuchyně

⁸ Zkoumalo se soudně, zda zbylí obyvatelé by nemohli v méně restriktivním prostředí. U 85 % soud rozhodl, že ano. Na základě toho se musel Vermont konat. Soud nakonec rozhodl stejně i o zbývajících obyvatelích.

- bylo známo, že služby v komunitě jsou lepší a lidé se zde více naučí a prospívají lépe než v ústavech
- není důvod, proč někoho omezovat ústavem jen proto, že potřebuje speciální služby
- náklady na ústavní péči se zvyšovaly dvojnásobně ve srovnání s náklady na komunitní služby
- Dospělá generace lidí, kteří jako děti vyrůstali doma a chodili do běžných škol. Tito lidé chtěli dostávat služby v domácím prostředí nikoli v ústavech. Tyto služby nebyly dostupné.
- byl napjatý veřejný rozpočet, komunitním službám chyběla infrastruktura
- stále bylo 180 žadatelů o ústavní péči
- bylo potřeba služeb krizové intervence pro lidi s duální diagnózou (mentální postižení a psychické onemocnění)
- chyběl systém pro naplnění federálního zákona pro lidi, kteří se dopustili vážného trestného činu a nebyli kompetentní předstoupit před soud

Na základě této analýzy byl připraven plán sjednocení služeb se třemi základními cíli:

- změnit duální systém podporující ústavní i komunitní služby na jednotný systém komunitních služeb (disproporce: nákladný ústavní systém pro malé množství lidí s postižením neumožňuje poskytovat komunitní služby pro ostatní)
- odstěhovat z ústavu do komunity všechny zbývající klienty
- vytvořit dostatek komunitních služeb naplňujících potřeby lidí s mentálním postižením a zabráňujících institucionalizaci

Očekávaly se problémy:

- financování: v letech 92, 93 byl na základě zákona poskytnut finanční most
- 400 pracovníků ústavu bez práce: byla nutná koordinace redukce pracovníků a nábor nových do komunitních služeb, mnoho klíčových pracovníků z ústavu tak našlo nové zaměstnání
- vytvoření infrastruktury komunitních služeb

Kam odcházeli lidé s z ústavu: pokud měl klient přátele nebo rodinu někde ve Vermontu, bylo vyvinuto velké úsilí umožnit mu žít v tom místě. Klienti ústavu se stěhovali do 12 ze 14 okresů státu Vermont⁹. Většina odešla do okresů kolem BTS. Většina lidí odešla do domovů, které byly vytvořeny speciálně pro ně. Většinou odešli žít samostatně, někteří žili s dalšími uživateli služeb. Někteří odešli do malých skupinových domovů po 3-6 lidem. Jen dva lidé odešli do větších zařízení.

⁹ Počet obyvatel Vermontu: 560 tisíc, z toho 1,5 tisíce? lidí s mentálním postižením, ročně se narodí 120 dětí s MP. Zapojení Vermontské univerzity: min. 60 mladých lidí potřebuje služby pro dospělé + ročně úřad dostane cca 40 žádostí o služby od rodin dětí s těžkým postižením... ročně bude 80-100 osob potřebovat služby

Přesun znamenal hodně plánování, koordinace a zahrnoval klienty, jejich rodiny, personál nových komunitních služeb, sousedy, management komunitních služeb, personál a management ústavu, advokáty, legislativce, vládu, ekonomy. Klíčové komponenty byly:

- proces měl oficiální podporu veřejné správy, agentury komunitních služeb akceptovaly tzv. „zero reject model“, tzn. že každý člověk s mentálním postižením by měl být obslužen komunitními službami, není žádná podskupina, která by měla zůstat na odpovědnosti státu¹⁰
- agentury komunitních služeb musely rozšířit kapacitu a kompetence, aby mohly začít poskytovat služby i lidem s velkými nároky na podporu; agentury k tomu dostaly finanční podporu na vzdělávání specialistů, vybavení PC, další personál; každá agentura specifikovala své individuální požadavky
- rozpočet na zajištění služeb jednotlivých klientů byly tvořeny na individuální bázi; přestalo se úplně s rozpočtováním na skupiny klientů
- deinstitucionalizace se stala součástí běžícího rozvoje komunitních služeb pro lidi s mentálním postižením; nevznikal žádný zvláštní systém pro skupinu bývalých klientů BTS
- byla vytvořena Síť krizové intervence pro lidi v krizi a s problémovým chováním, kteří žili v komunitě. Síť sehrála důležitou roli při prevenci institucionalizace a dala pocit bezpečí zástupcům zájmových skupin, kteří se obávali různých „co kdyby...“. Síť sloužila jako záhytná – bylo zde možno přijmout člověka, který nemohl být ve vlastním domově a tím se předcházelo jeho umístění na psychiatrii nebo v ústavu. Síť je postavená na intenzívní psychologické, psychiatrické a další pomoci.
- byla respektována úloha personálu v ústavu – jsou to ti, kteří znají klienty nejlépe. Nedošlo k rozdelení na my a oni. Pracovníci ústavu a klienti odcházeli z ústavu společně „kvetoucí“. Ze vzdělávacího úseku vzniklo tréninkové středisko pro komunitní služby.
- vedení ústavu a komunitních služeb spolupracovali na odstraňování problémů
- zavírání ústavu začalo obavami rodin, které oceňovaly jistotu ústavní péče a neměly důvěru ve stabilitu komunitních služeb. Rodiny byly zvány do komunitních služeb a spolupracovalo se s nimi v rámci individuálního plánování budoucnosti jejich blízkých. Umístění do určitého domova muselo být se souhlasem rodiny anebo opatrovníka. Pokud opatrovník nesouhlasil, hledala se jiná alternativa. Ukázalo se, že rodiny nebyly s to akceptovat přestěhování do komunity na abstraktní úrovni, ale když viděly konkrétní místo a pracovníka, který bude poskytovat podporu, souhlasily.
- pro lidi, kteří žili v ústavu dlouhá léta, byly k dispozici tzv. „developmental homes“ (DH) poskytující lidem sociální kontakty a spojení se společností. DH je domov, kde je jeden člověk nebo pár, který má trvalou odpovědnost za poskytování podpory člověku s postižením. Odehrává se zde běžný denní rytmus jako doma. Pro lidi, kteří vyrůstali v rodinách, je tento model příliš těsný. V ideálním případě je tento model jen prvním krokem na cestě do komunity.

¹⁰ BTS bylo státní zařízení, komunitní služby nestátní

- oddělení pro mentální retardaci¹¹ sledovalo jednotlivé přechod každého klienta z ústavu do komunity. Problémy byly řešeny okamžitě.
- relativně málo se stavělo – jen 9 domů bylo postaveno nebo rekonstruováno pro skupinky 2-6 obyvatel. Mnoho rodin bylo spokojenějších se skupinovými domovy než s „developmental homes“ (DH) pro své příbuzné. Se stavěním bylo spojeno nejvíce zpoždění. Také náklady jsou vyšší u skupinových domovů ve srovnání s DH.
- velká aktivita byla věnována nalezení pracovních příležitostí pro bývalé pracovníky ústavu: rekvalifikace...někteří z nich přešli do „developmental homes“, do agentur, na jiná místa, do důchodu, pokračovali ve vzdělávání apod.
- byla maximální snaha využít majetek ústavu pronajmutím nábytku, pomůcek, vozidel komunitním službám a převedením kancelářského vybavení na jiné úřady. Zbytek majetku byl prodán.

Začalo se tím, že do BTS přestaly (už od roku 1978) být přijímány děti a jejich rodinám se začaly poskytovat služby přímo doma.

Zajištění komunitních služeb: Původní počet byl 14 agentur komunitních služeb, které mohly každá ročně vzít 4-6 nových klientů z ústavu. Dále bylo 10 obecních přechodových zařízení, každé sloužilo 6 klientům.

Kontrola kvality: Všechny komunitní služby poskytované bývalým klientům ústavu se každých 6 měsíců kontrolují. To slouží k identifikaci, adekvátnímu řešení problémů a snižuje to počet krizí.

Transformace systému byla spojena např. i s decentralizací vermontské státní nemocnice. Cílem bylo využít potřebné ze stávajícího systému, nebudovat nový.

8.1 Plán sjednocení služeb

1. rok:

1. vypracování detailního plánu na uzavření ústavu: potřeby obyvatel, zaměstnanců, potřeby komunitního systému
2. vypracování potřebných kroků k úspěšnému přechodu
3. vytvoření administrativních struktur k financování a přehledu o komunitních službách

2. rok

1. Ministerstvo pro duševní zdraví zajistí potřebný personál: vedoucí plánování a programu, manažera projektu, specialistu na umisťování, asistenta pro administrativu, koordinátora vzdělávání personálu, zdravotní sestru starající se o dodržování kvality, specialistu na podporované zaměstnávání
2. komunitní služby zajistí personál potřebný k zajištění přechodu: 30-40 obyvatel BTS do komunitního systému služeb, reagování na krizové situace a poskytování kvalitních služeb, zřídí 2 domovy pro nenadálé situace (realitní služby), zařídí, aby renovace domů mohla začít v dohledné době

¹¹ Součást státního úřadu. Státní úředníci odpovídali za to, že každý člověk odcházející z ústavu dostává takové služby, jaké potřebuje. Současně oddělní schvaluje programy a intervence a jeho pracovníci jsou zapojeni do všech rozhodnutí, která ovlivňují život lidí opouštějících BTS.

3. rok

1. ministerstvo zajistí personál zahrnující: zdravotní sestru a specialistu pro kvalitu, specialistu na podporované zaměstnávání, ochranné služby, na totéž supervizora, koordinátora sebeobhájců, asistenta pro finanční agendu spojenou s dávkami
2. komunitní služby: zvýší kapacitu krizových služeb založených na posílení existujícího systému: šest manažerů a pracovníka pro krizové situace pro každé místo, kde se poskytují služby, umístí 50 obyvatel BTS do komunity, zřídí nová střediska pro lidi s mentálním postižením

4. rok

1. ministerstvo: specialistu na zvyšování kvality, 4x specialistu na ochranné služby, někoho, kdo bude řídit plánování služeb a sekretářku a zřídí státní diagnostické středisko pro 10 lidí
2. komunitní služby: pokračovat ve vytváření podpůrných služeb: 6 managerů, 2 domy pro odlehčovací služby, odlehčovací služby domů pro 100 rodin, 2 skupinové domovy

5. rok

1. ministerstvo: specialista na zajišťování kvality, na ochranné služby a zahájit práci diagnostického střediska
2. komunitní služby: pokračovat ve vytváření podpůrných služeb: odlehčovací služby a pomoc domů pro 100 rodin

8.2 Sít krizové intervence ve Vermontu

Vermotská síť krizové intervence je tříступňový systém určený k prevenci a řešení (treat) jakýchkoli krizí, které prožívají lidé s mentální retardací v tomto státě. Uvedený program je napojen na všechna vermontská centra pro duševní zdraví. Stát Vermont nemá žádné ústavy sociální péče pro lidi s mentální retardací a program krizové intervence je nezbytný k udržení lidí v komunitě (běžném společenství).

Stupeň I: Klinická síť (Clinical network) *Stupeň I = prevence:* Orientace na prevenci přispívá ke snižování počtu krizí, které ve státě nastanou. V rámci I. stupně se klinický personál (clinical staff) všech třinácti vermontských center pro duševní zdraví schází na pravidelných měsíčních setkáních. Na těchto setkáních jsou probírány nejtěžší „klinické“ případy lidí, kteří se obvykle nacházejí v situaci těsně před vypuknutím krize. Mimoto v rámci setkávání probíhá vzdělávání v dané oblasti. Setkání umožňuje, aby se odborníci z oblasti vzájemně podpořili, pomohli si a vzájemně se učili ze svých zkušeností. (Po deseti letech fungování systému se začalo uvažovat o změně na konference organizované dvakrát ročně.) Další složkou stupně I. je vzdělávání přímo v agenturách poskytujících služby nebo pro specifickou skupinu pracovníků.

Stupeň II.: Konzultace na místě *Stupeň II = včasná intervece (early intervention):* Cílem je snížit výskyt krize nebo snížit její intenzitu. Smyslem je zabránit výskytu krize. II. stupeň programu představuje konzultace psychologa nebo psychiatra, které jsou poskytovány přímo na místě (v agenturách) a týkají se konkrétních klientů, kteří mají problémy. Požadavek na poskytnutí konzultace může přijít odkudkoli: rodiče, pracovníci agentury, státní orgán, člověk samotný atd. Do konzultací se může zapojit jeden a více odborníků, někdy situace vyžaduje spolupráci psychologa i psychiatra. Konzultace jsou založeny na studiu dokumentace klientů,

analýze medikace, historii terapie chování a psychoterapie. Po analýze dokumentace se za účelem prodiskutování situace koná týmové setkání, které zahrnuje personál v přímé péči, poskytovatele bydlení (home providers), klíčového pracovníka a rodiče nebo opatrovníka. Výsledkem setkání je porozumění situaci a vytvoření plánu. Lidé, kteří budou plán realizovat, musí být zapojeni do jeho tvorby. Poté, co se plán začne realizovat, probíhají ještě průběžné konzultace (za účelem diskutování problémů, úpravy plánu apod.) Stejně jako v rámci I. stupně, je v zájmu konzultantů zvýšení kompetencí pracovníků místních agentur. V rámci tohoto stupně navíc dostává krizovou podporu a konzultace personál v přímé péči. Je jasné, že na konci spolupráce s konzultanty jsou kompetence pracovníků v přímé péči rozšířeny o nové praktické zkušenosti.

Stupeň III.: Pobytová krizová služba Stupeň III. = krátkodobá, krizová, pobytová služba: Na úrovni III. stupně je poskytován prostor v rámci pobytové krizové služby. Pobyt je umístěn ve venkovském prostředí, je zde zajištěna nepřetržitá služba krizového personálu (3,5 přepočteného úvazku). Jde o zajištění bezpečného zázemí (bydlení), hodnocení a terapie. Tato služba je určena lidem, kteří musí opustit své domácí prostředí a nemají kam jít nebo pro lidi, jejichž situace vyžaduje diagnostiku a vyhodnocení situace mimo domov. Obvykle zde lidé stráví 30 až 60 dní.

9. Zdroje

Cháb, M. *Svět bez ústavů*. Praha: Quip – Společnost pro změnu. 2004.

Deinstitutionalizace [online]. [cit. 2008-1-4]. Quip – Společnost pro změnu. URL: <<http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/000132.pdf>>

Isbister, A. *Transition of people into the community in New Zealand* [online]. Inclusion Internation, Inclusion Czech Republic. [cit. 2008-1-4]. URL: <<http://www.inclusion-europe.org/documents/EinA2005-Alsbister.pdf>>, dále byly použit poznámky řečené autorkou tohoto materiálu při prezentaci na pražské konferenci Inclusion Europe

Eidelman, S. M. *The Role of Stakeholder Groups – Deinstitutionalization Experience from United States* [online]. Inclusion Internation, Inclusion Czech Republic. [cit. 2008-1-4]. URL: <http://www.community-living.info/contentpics/232/Eidelman_ECCL_Seminar.pdf>

Ericsson, K. *Key Issues and Obstacles for a European Strategy on Deinstitutionalization* [online]. European Coalition for Community Living. [cit. 2008-1-4]. URL: <http://www.community-living.info/contentpics/232/Ericsson_ECCL_Seminar.pdf>

Conroy, J. W. *Deinstitutionalization of People with Mental Retardation and Developmental Disabilities in United States: Was This Good Social Policy?* [online] Center for Outcome Analysis [cit. 2005-7-12]. URL: <<http://www.outcomeanalysis.com/readings/DI/community.htm>>

Rogan, P. *Moving from Segregation to Integration: Organizational Change Strategie and Outcomes*. Sborník konference: Supported Employment: Naturally Right Choice. Červen 2005. Barcelona. European Union on Supported Employment

Richter, A. *Ekonomický model zajištění služeb pro ústav v Neratovicích*. Quip – Společnost pro změnu. 2007. Nepublikováno.

Klíčové otázky položené a prodiskutované v Neratovicích. Quip – Společnost pro změnu. 2007. Nepublikováno.

Holúbková, S. *Transformácia sociálnych služeb poskytovaných v zariadeniach sociálnych služieb: Transformácia DSS – základné princípy*. Prezentace ze dne 15. 11. 2005. Praha 2005. Nepublikováno.

Ericsson, K. *Amann Project*. Kent Ericsson a Patricia Ericsson. [cit. 2008-1-4]. URL: <<http://www.skinfaxe.se/ebok/ammanprojects.pdf>>

Closin the Doors of the Institution, Opening the Hearts of Our Communities. Vermont Agency of Human Services. 1993.

Uzavření Brandon Training School. Nedatovaný překlad textu, přivezený do ČR na začátku 90 let americkou organizací AJJDC.

Návrh na sjednocení systému služeb pro mentálně postižené osoby ve státě Vermont. Nedatovaný překlad textu, přivezený do ČR na začátku 90 let americkou organizací AJJDC.

Ericsson, K. *Daily Activities with Support: Establishment and Development of Community Services in a Changing Society*. Kent Ericsson a Patricia Ericsson. [cit. 2008-1-4]. URL: <<http://www.skinfaxe.se>>

Fleming, M., Walsh, D. a O' Mahony, J. F. *The Sudden Closure of an Institution in Ireland*. Pavilion Publishing. *Tizard Learning Disability Review: European Issue*, 1999, s. 34-39.

Innovations. Number 6/1996, Community Based Instructional Support, AAMR

Nejnovější trendy v bydlení lidí s postižením. Překlad Iva Fryšová. Supported Living, USA.

Úmluva o právech lidí s postižením: Neoficiální český překlad. [online]. Quip – Společnost pro změnu. [cit. 2008-1-4] URL: <<http://www.kvalitavpraxi.cz/pravni-predpisy-a-dokumenty.html>>