



Znaky a vodítka podpory života lidí se zdravotním postižením v jejich přirozeném prostředí - metodika

Role obcí a krajů

Nástroj **Znaky a vodítka podpory života lidí se zdravotním postižením v jejich přirozeném prostředí** slouží ke zjišťování, jakým způsobem je zajištěna podpora lidí se zdravotním postižením v jejich přirozeném prostředí na území obce či kraje, a to formou hodnocení či sebehodnocení. Na jeho základě je možné nasměrovat aktivity obce nebo kraje či jejich úřadů, případně zaměřit podporu z různých zdrojů. Neslouží jako nástroj kontroly.

Při práci s tímto nástrojem je důležité sledovat nejen to, zda obec/kraj daný znak naplňuje na škále vyznačené ve formuláři, tedy ano, částečně splněno, nesplněno, ale také zdůvodnit, proč tomu tak je, a přistupovat k vyplňování sebekriticky. Podpora života lidí se zdravotním postižením znamená nejen zajistit takovou přístupnost přirozeného prostředí, která v něm umožní těmto lidem „hole přežít“, ale která jim umožní naplňovat co nejširší paletu sociálních rolí včetně rodičovské role.

Metodika má napomoci porozumění obsahu jednotlivých znaků a vodítek na základě zkušeností s vyplňováním formuláře Znaků a vodítek s několika obcemi a kraji, kterým tímto děkujeme za jejich vstřícnost. Rozhovory probíhaly na odboru sociálních věcí obce/kraje nejčastěji s vedoucími odboru či s vedoucími oddělení, které se zabývá sociálními službami, dále také s pracovníky zodpovědnými za transformaci či plánování sociálních služeb, případně i s politickými zástupci obce/kraje. Navržené otázky jsou pouze návodem, co do dané oblasti může spadat. Uvedené otázky nepostihují celou šíři jednotlivých témat.

1. Vůle ke změně

Cílový stav: Život lidí se zdravotním postižením v jejich přirozeném prostředí je pro obec/kraj žádoucím cílem

1.1. Podpora života lidí se zdravotním postižením v jejich přirozeném prostředí (běžné komunitě) je jako závazek obsažena ve všech koncepčních dokumentech obce/kraje.

Z dokumentů na úrovni obce či kraje vyplývá, že cílem je, aby lidé se zdravotním postižením žili ve svém přirozeném prostředí. K dosažení tohoto cíle se obec či kraj zavazuje, směřují k němu i opatření v těchto dokumentech obsažená. Nejedná se např. pouze o podporu transformace, tedy návrat lidí s postižením z ústavu do přirozeného prostředí, ale o širěji formulovanou vizi, kdy je pro lidi se zdravotním postižením jako přirozené chápáno prostředí, ve kterém žijí zdraví lidé v obdobné životní situaci. Cílem obce či kraje je udržet svoje občany se zdravotním postižením v jejich domácnostech tak dlouho, jak je to možné, a zajistit jim potřebnou podporu.

Jedná se také o to, aby se tento závazek promítl do koncepčních/strategických dokumentů ze všech oblastí, tj. nejen ze sociální oblasti, a aby se také objevil napříč těmito dokumenty (v příslušné podobě - např. pro oblast dopravy vhodně upravené zastávky MHD – hlasové výstupy, dostupnost zastávek – vhodná lokalita, ve stavebnictví jako opatření pro zpřístupnění prostředí, k dosažení bezbariérovosti, pro sociální oblast jako podpora terénních služeb apod.).

Veřejné politiky a opatření obce/kraje týkající se lidí se zdravotním postižením jsou posuzovány s ohledem na to, zda podporují začlenění lidí se zdravotním postižením do běžného života a zda lidé s postižením mohou využívat veškeré veřejné zdroje umožňující život v komunitě.

Aby obec či kraj tento znak naplnil, dokumenty zároveň nemohou obsahovat závazky či opatření opačného smyslu (např. ke stavbě ústavního zařízení). Pokud dokumenty neobsahují vyloženě závazek k podpoře života lidí se zdravotním postižením v jejich přirozeném prostředí, je posuzován alespoň smysl jejich vyznění a může být zjištěno nanejvýš „částečně splněno“.

Dokumenty na úrovni kraje jsou např. střednědobý plán rozvoje sociálních služeb a akční plány, krajský plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením, akční plán, program rozvoje kraje, dílčí koncepce a strategie - např. strategie transformace, strategie péče o ohrožené děti, pravidla dotačního řízení, politický program – programové prohlášení vítězů voleb atd.

Dokumenty na úrovni obce jsou např. střednědobý plán rozvoje sociálních služeb a akční plány, pravidla dotačního řízení, politický program – programové prohlášení vítězů obecních voleb, případně dílčí usnesení.

Otázky:

Jaké koncepční či strategické dokumenty má obec/kraj?

Co tyto dokumenty obsahují?

Jsou dokumenty zaměřené na podporu běžného života lidí s postižením v přirozeném prostředí? V jakých konkrétních částech?

Viz výše, je nutné sledovat celkové vyznění a dále to, zda se dokumenty obce a kraje řídí.

1.2. Komunitní plán sociálních služeb obce/krajský plán rozvoje sociálních služeb obsahuje kroky směřující k podpoře života lidí se zdravotním postižením v jejich přirozeném prostředí (upřednostnění podpory terénními a ambulantními službami, odlehčovacími službami).

Podpora života lidí se zdravotním postižením v jejich přirozeném prostředí má dvě úrovně. Jedna z nich se týká lidí se zdravotním postižením, kteří již žijí mimo své přirozené prostředí, tj. např. v domovech pro osoby se zdravotním postižením, v domovech pro seniory či v jiných specializovaných ústavních zařízeních. Zde by se měla objevit opatření zaměřená na jejich případný návrat do přirozeného prostředí a transformaci ústavního zařízení.

Druhá úroveň se týká lidí se zdravotním postižením, kteří žijí doma. Zde je cílem, aby ve svém domácím prostředí mohli zůstat co možná nejdéle. Jejich sociální situace by měla být řešena nejprve podporou, tj. neformální podporou a službami, v jejich domácnostech. Terénní či ambulantní sociální služba či komunitní pobytová služba je využívána až v případě, že situaci nelze řešit v přirozeném prostředí.

Při hodnocení jednotlivých opatření komunitního plánu či plánu rozvoje sociálních služeb je třeba nahlížet na cíl, ke kterému jednotlivá opatření vedou. Tj. zda nezavádějí lidi se zdravotním postižením do rezidenčních zařízení, aniž jsou využity jiné možnosti, a zároveň zda působí na to, aby lidé se zdravotním postižením v ústavních zařízeních dále nezůstávali ani se do nich nemohli v budoucnu dostat.

Otázky:

Jaká opatření v komunitním plánu směřují k podpoře života lidí se zdravotním postižením v jejich přirozeném prostředí?

Jsou tato opatření dostatečná?

Sleduje se, zda se je daří naplňovat?

1.3. Komunitní plán sociálních služeb obce/krajský plán rozvoje sociálních služeb obsahuje kroky směřující k podpoře života dětí se zdravotním postižením v jejich přirozeném prostředí.

Na děti se zdravotním postižením je třeba brát ohled jako na nejvíce ohroženou skupinu. Na úrovni obce a kraje je třeba mít nastavený systém podpory pro rodiny dětí se zdravotním postižením, který postihne všechny životní situace, do kterých se dostávají, počínaje narozením dítěte s postižením. Tento systém nezahrnuje pouze sociální služby, ale také pomoc ze strany zdravotníků pro včasnou léčbu a rehabilitaci, později také systém školství od přijetí do mateřské či základní školy. Stěžejním bodem je včasné zjištění a kontaktování na potřebnou podporu a pomoc, následuje navázání na další zdroje. Zde je značný prostor pro sociální práci. Důležité je, aby na území obce či kraje tyto zdroje podpory existovaly, jedná se zejména o služby rané péče pro děti s různým druhem postižení, služby sociální rehabilitace, odlehčovací služby, odborné sociální poradenství a další.

Zákonným zástupcům by se mělo dostat co největší pomoci, aby děti mohly vyrůstat ve své rodině. To platí ale i pro situace, kdy např. zdravotní postižení má rodič a potřeba služby u něj nesouvisí s tím, že by bez pomoci nedokázal sám vést samostatný život, ale že jej nedokáže vést společně se svým dítětem a dítě je mu následně odebráno. (Řešit vhodnou terénní službou, podpora i OSPOD.)

Vedle komunitního plánu mohou mít některé obce/kraje zpracované dílčí strategie péče o ohrožené děti či strategie zasahující do oblasti školství (podpora inkluze, podpora asistentů pedagoga apod.).

Příklad:

Jeden z dotazovaných krajů má zpracovanou Strategii péče o ohrožené děti s akčními plány pro konkrétní období. Vedle snahy o návrat dětí z DOZP do biologických rodin je vedena kampaň cíleně vyhledávající pěstouny pro děti se zdravotním postižením. Pokud je nutné děti umístit do pobytové sociální služby, jedná se o samostatné domácnosti pro max. 6 dětí.

Otázky:

Jaká opatření v komunitním plánu směřují k podpoře života dětí se zdravotním postižením v jejich přirozeném prostředí?

Týkají se opatření např. zmapování vhodnosti služeb a jejich dostatečného počtu pro děti se zdravotním postižením?

Jak vypadají služby pro děti? Směřují k jejich podobě nějaká opatření? (Např. pro dětské klienty jsou vhodné malé domácnosti speciálně pro ně určené, v komunitě).

Jsou tato opatření dostatečná?

Sleduje se, zda se je daří naplňovat?

1.4. V koncepčních/strategických dokumentech na úrovni obce/kraje je vyjádřena podpora transformace a deinstitucionalizace v případě, že na jejich území jsou sociální služby ústavního charakteru.

Viz také komentář k předchozímu opatření – „Komunitní plán sociálních služeb obce/krajský plán rozvoje sociálních služeb obsahuje kroky směřující k podpoře života lidí se zdravotním postižením v jejich přirozeném prostředí (upřednostnění podpory terénními a ambulantními službami, odlehčovacími službami).“ Jedná se o řešení situace lidí se zdravotním postižením, kteří již žijí v ústavních zařízeních. Obec/kraj podporuje transformaci ústavu, případně se k ní zavazuje, pokud je jeho zřizovatelem. Jestliže je zařízení na jeho území zřizované jiným subjektem, nelze jasný závazek k transformaci zařízení vyžadovat. Podpora transformace a deinstitucionalizace se sleduje napříč koncepčními/strategickými dokumenty, tj. nejen těmi, které se zabývají sociálními službami.

Otázky:

Je na území obce (nebo jejího správního obvodu) či kraje ústavní zařízení pro lidi se zdravotním postižením?

Kdo je jeho zřizovatelem? Spolupracuje s ním obec či kraj? Jak? Je toto zařízení ze strany obce/kraje využíváno?

Jak se staví obec/kraj k budoucnosti tohoto zařízení, jakým způsobem je to zachyceno v příslušných dokumentech?

Směřují tato opatření k transformaci či deinstitucionalizaci?

Jaká je podpora transformace na území obce/kraje? Probíhá jen u jednoho zařízení nebo u všech pobytových služeb?

Probíhá deinstitucionalizace celého kraje – na celém území kraje jsou pobytové služby velkokapacitního charakteru měněny na služby komunitního typu, formou malých domácností (viz kritéria transformace)?

2. Kroky k začleňování – plánování a spolupráce

Cílový stav: K podpoře života lidí se zdravotním postižením v jejich přirozeném prostředí dělá obec/kraj konkrétní kroky

2.1. K podpoře života lidí se zdravotním postižením v přirozeném prostředí existuje na úrovni obce/kraje plán na splnění deklarovaného závazku, na který jsou navázány finanční prostředky.

Tento plán je již dostatečně konkrétním dokumentem, který má jasně formulované cíle a stanovené kroky k jejich dosažení, stanovené termíny, finanční zhodnocení jednotlivých kroků. Potřebné finanční prostředky jsou v ideálním případě vyčísleny pro provedení jednotlivých kroků.

Plán může být součástí některého z existujících dokumentů, na úrovni obce je to např. komunitní plán, nebo např. dokumentů: IPRM, SPRSS, akční plány strategií, komunitní plány, krajské plány vyrovnávání příležitostí, nebo může existovat samostatně. Plán zohledňuje potřeby lidí v obci či kraji a zabývá se jimi při návrhu řešení, jako podklad by měly být tyto potřeby dobře zmapovány. Sleduje se např. počet odmítnutých zájemců o sociální služby pro lidi se zdravotním postižením, a to o pobytové ústavní i neústavní, terénní i ambulantní, druh a kapacity těchto služeb a to, zda jsou dostatečné

Plán není svým významem totožný s komunitním plánem či střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb. Odlišuje se širí oblastí, které postihuje – nesoustředí se pouze na sociální služby, ale na všechny, které se týkají podpory života lidí se zdravotním postižením v přirozeném prostředí, tedy i zdravotnictví, školství, doprava apod. Stejně jako komunitní plán (viz předchozí text u Vůle ke změně) by měl definovat cíle týkající se lidí v ústavní péči a jejich začlenění do přirozeného prostředí a zároveň nastavení mechanismů, které zabrání tomu, aby se do ústavní péče dostávali další lidé se zdravotním postižením. Tuto oblast řeší vodítko „Existuje obecní/krajský plán transformace ústavní péče v péči komunitní ...“, které se zabývá transformací zvláště.

Např. cíle týkající se lidí v ústavní péči: Jedním z dílčích cílů může být umožnění běžného života lidem se zdravotním postižením, kteří žijí v ústavním zařízení na území kraje či obce. Jednotlivé kroky jsou poté např. zjišťování potřeb těchto lidí žijících v ústavu, zjišťování potřeb lidí se zdravotním postižením v obci, příprava transformačního plánu zařízení, zkoumání možností získání finanční podpory, získání nemovitostí pro účely transformace, zastavení přijímání uživatelů do ústavní služby atd.

Druhá úroveň cílů se týká lidí se zdravotním postižením žijících doma a snahy je v domácím prostředí udržet tak dlouho, jak je to možné:

Cílem může být např. i dosažení bezbariérovosti města pro lidi se zdravotním postižením. Následují kroky – objednání auditu bezbariérovosti z hlediska lidí s různými druhy postižení (zrakové, tělesné atd.). Na základě auditu probíhá příprava opatření, vyčíslení finančních nároků, získání financí apod.

Dalším cílem může být zajištění dostatečného pokrytí potřebnými sociálními službami pro lidi se zdravotním postižením – zmapování potřeb lidí se zdravotním postižením týkajících se sociálních služeb, a to jak lidí již využívajících sociální služby, tak těch, kteří je budou v budoucnu poptávat či jejich pečujících, zjištění chybějících druhů služeb či jejich kapacity, a to jak sociálních služeb, tak případně i dalších podpůrných služeb, jejichž nedostatek může vést k poptávce po sociálních službách (např. možnosti bezbariérové dopravy, dostupnost bytů, dostupnost veřejného stravování apod.)

Otázky:

Má obec/kraj vypracovaný plán směřující k podpoře života lidí se zdravotním postižením v přirozeném prostředí?

Jsou na něj navázány finanční prostředky, aby bylo možné jednotlivé cíle realizovat?

2.2. Jsou stanoveny ukazatele, na základě kterých se zjišťuje, zda je plán naplňován, tj. zda je lidem se zdravotním postižením skutečně umožněno žít v jejich přirozeném prostředí. Plán je průběžně vyhodnocován.

Jednotlivé ukazatele se vážou na cíle stanovené v plánu. Měly by být dostatečně konkrétní, měřitelné, k jejich dosažení dané termíny.

K výše uvedenému cíli umožnění běžného života lidem se zdravotním postižením, kteří žili v ústavním zařízení na území kraje či obce, by to bylo mj. sledování počtu lidí, kteří z ústavu odešli, resp. momentální kapacity ústavu, případně sledování kapacit terénních a ambulantních služeb a pobytových služeb neústavního charakteru, případně sledování vzniku nových pobytových služeb a jejich charakteru – zda jsou ústavní či komunitní.

K ověření toho, zda je lidem se zdravotním postižením skutečně umožněno žít v jejich přirozeném prostředí, může sloužit i sledování počtu odmítnutých zájemců o sociální službu, a to jak o pobytové ústavní i komunitní, tak i ambulantní a terénní služby pro osoby se zdravotním postižením.

Obdobnými ukazateli je také sledování počtu lidí přijatých do ústavu, zvláště např. počet dětí přijatých do domovů pro osoby se zdravotním postižením, počet odmítnutých žadatelů o pobytové sociální služby a důvodů k jejich odmítnutí kapacit ústavů – zda se snižuje, počet zrušených ústavů, kapacity terénních, ambulantních a ústavních služeb, jejich vzájemný poměr v čase, výsledky kontrol pobytových sociálních služeb zaměřených na identifikaci ústavních prvků, efektivitu služby, plynulost procesů.

Plán je průběžně a pravidelně vyhodnocován v jasně daných intervalech. O výsledcích vyhodnocování jsou informováni důležití aktéři i veřejnost.

Otázky:

Vážou se na plán konkrétní ukazatele, aby bylo možné jej vyhodnotit?

Jak probíhá hodnocení plánu?

2.3. Je určen orgán obce/kraje odpovědný za plánování podpory života lidí se zdravotním postižením v jejich přirozeném prostředí.

Označením „orgán obce/kraje“ zde není myšleno pouze zastupitelstvo či rada obce/kraje, ale jakýkoliv útvar na úrovni obce/kraje. Jedná se nejčastěji o odbor pro sociální věci, případně i jiné odbory (stavebnictví, dopravy, kultury, školství), či k tomu zřízenou nebo jinou komisi – např. sledující naplňování krajského plánu vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením.

Nejčastěji bývá v této oblasti pověřen sociální odbor, je ale nutné předpokládat spolupráci ostatních odborů kvůli přesahu do dopravy, školství, zdravotnictví, stavebnictví, regionálního rozvoje, správy majetku atd. Nutné je, aby měl určený orgán dostatečné a jasně dané kompetence. Ty by se měly promítnout do náplně činnosti určeného orgánu.

Otázky:

Je určen orgán odpovědný za plánování podpory života lidí se zdravotním postižením v jejich přirozeném prostředí?

Na základě čeho je určený? Jak jsou vymezeny jeho kompetence, formálně či neformálně?

2.4 Jsou určeny odpovědnosti dalších orgánů obce/kraje podílejících se na plánování podpory života lidí se zdravotním postižením v jejich přirozeném prostředí.

Označení „orgán obce/kraje“ – viz výše 2.3.

Tyto orgány zahrnují jak samosprávu, tak i státní správu v rámci obecního/krajského úřadu. Mělo by být určeno, komu se zodpovídají za plnění stanovených cílů (jaká je jejich úloha při plánování podpory života lidí se zdravotním postižením v jejich přirozeném prostředí), jaké jsou jejich náplně při plnění tohoto cíle či cílů daných výše uvedeným plánem).

Otázky:

Jsou určeny odpovědnosti dalších orgánů obce/kraje podílejících se na plánování podpory života lidí se zdravotním postižením v jejich přirozeném prostředí?

Na základě čeho jsou určeny? Jak jsou vymezeny jejich kompetence, formálně či neformálně?

2.5. Všechny dotčené osoby v rámci obecní/krajské samosprávy a státní správy mají potřebné informace o tom, co je žádoucí cíl.

Informace o potřebě zajistit podmínky pro život lidí se zdravotním postižením v přirozeném prostředí jsou šířeny a dostupné jak v rámci jednotlivých odborů obecního/krajského úřadu, tak vůči samosprávě, a dále vůči subjektům, které obec/kraj metodicky vede (poskytovatelé sociálních služeb, obce atd.). Pokud na úrovni kraje není tato myšlenka jasně deklarována, je její šíření a prosazování obtížné.

Příklad:

Jedna z dotazovaných obcí uvádí, že informace šíří prostřednictvím spolupráce s odborem regionálního rozvoje, kde je velká snaha o bezbariérovost, a také se stavebním odborem. Pokud probíhají semináře na téma plánování staveb a jejich bezbariérovost, účastní se i pověřené obecní úřady z celého území obce s rozšířenou působností, stavební odbor obce, odbor regionálního rozvoje, správa bytových a nebytových prostor obce. Jsou průběžně doplňovány fondy knihovny o knihy na téma bezbariérovost, autismus, je rozšiřována půjčovna kompenzačních pomůcek.

Další z dotazovaných krajů popisuje, že dokumenty vztahující se k tématu jsou vyvěšeny, probíhají kulaté stoly za účasti odborů, obcí. Na odboru sociálních věcí probíhají konzultační dny – pro obce, sociální pracovníky, kde jsou předávány informace o procesu transformace, jsou organizovány porady s poskytovateli sociálních služeb, s veřejnými opatrovníky např. o představách o sociálních službách, výhodách komunitních služeb. Informace se šíří i v rámci spolupráce na střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb, kde probíhá jednání návrhové skupiny k akčnímu plánu a procesu vstupu do sítě sociálních služeb. Pracovní skupina na úrovni starostů probírá vstup do základní sítě a podobu sítě soc. služeb, následně základní síť sociálních služeb pro daný rok schvaluje zastupitelstvo kraje.

Otázky:

Jak jsou šířeny informace k odpovědným osobám? Jsou tyto informace dostatečné? Jak se zjišťuje, že jsou informace dostupné? Kdo se podílí na šíření informací? Účastní se např. radní kraje, vedoucí sociálního odboru, koná sociální komise výjezdy apod.?

2.6. Všechny dotčené orgány a organizace spolupracují při vytvoření podmínek pro život lidí se zdravotním postižením v jejich přirozeném prostředí.

Označení „orgán obce/kraje“ – viz výše 2.3.

Stěžejním je vyhledání dotčených orgánů a organizací již v počátku vytváření plánu k podpoře života lidí se zdravotním postižením v přirozeném prostředí. Spolupráce všech dotčených orgánů a organizací by měla být formalizovaná, tedy s jasně nastavenými strukturami, zodpovědnostmi (viz výše), kompetencemi, harmonogramem setkávání a zejména pravidelným a transparentním vyhodnocením plnění jednotlivých cílů.

Příklad:

Jeden z krajů uvádí, že spolupráce přímo vychází z Krajského plánu vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením a Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb, při jednání o nastavování podmínek života lidí se zdravotním postižením v přirozeném prostředí se účastní zástupci kraje. Kraj podporuje zajištění chybějících veřejných služeb (např. vhodná škola). Dokument Strategie transformace tohoto kraje deklaruje jako cíl využívání veřejně dostupných služeb, v případě chybějící služby iniciován vznik vhodné služby.

Otázky:

Jak probíhá spolupráce? Se kterými subjekty? Jak aktivní je v této oblasti obec/kraj?

2.7. Existuje obecní/krajský plán transformace ústavní péče v péči komunitní, který naplňuje principy, cíle a postup deinstitucionalizace a stanoví jasné ukazatele plnění těchto cílů včetně zajištění dostatečné kapacity komunitních služeb v případě, že na jejich území jsou ústavní sociální služby. Tento plán je průběžně vyhodnocován.

Plán transformace je součástí širšího záměru, jehož cílem je, aby lidé se zdravotním postižením mohli žít ve svém přirozeném prostředí. Je tedy „podmnožinou“ plánu, který se zaměřuje na podporu života lidí se zdravotním postižením v jejich přirozeném prostředí. Oproti němu se ale zabývá pouze začleněním lidí dosud žijících v ústavu do běžného prostředí, přeměnou ústavu či více ústavů na jiné typy služeb nebo jeho/jejich zrušením.

Může mít jak užší pojetí, kdy se soustředí právě na samotnou přeměnu ústavu či ústavů na území obce/kraje na jiné typy služeb, tak širší, kdy zároveň řeší celkové pokrytí obce/kraje příslušnými sociálními a dalšími službami pro lidi se zdravotním postižením a přibližuje se tak plánu podpory života lidí se zdravotním postižením v jejich přirozeném prostředí uvedeném v prvním vodítku.

Transformační plán obsahuje jasně stanovené termíny, cíle a ukazatele jejich naplnění, jsou na něj vázány finanční prostředky.

Ukazateli naplnění transformačního plánu může být např. počet lidí, kteří odejdou z ústavu, kapacity ústavů, počet zrušených ústavů, kapacity terénních, ambulantních i komunitních pobytových služeb. Jako podklady pro transformaci je třeba sledovat počet zájemců o služby pobytové ústavní i neústavní, terénní i ambulantní pro lidi se zdravotním postižením.

Hlavním cílem transformačního plánu – žádný člověk není přijat do ústavu.

Principy, cíle a postup deinstitucionalizace – viz Manuál transformace, MPSV 2013¹

Plán zohledňuje potřeby lidí v místě, viz výše u prvního vodítka „K podpoře života lidí se zdravotním postižením v přirozeném prostředí existuje na úrovni obce/kraje plán na splnění deklarovaného závazku.....“

O vyhodnocování transformačního plánu jsou také informováni důležití aktéři a veřejnost.

Otázky:

Existuje obecní/krajský plán transformace ústavní péče v péči komunitní (či celkový plán deinstitucionalizace kraje v oblasti sociálních služeb)? Co obsahuje? Je v souladu s principy, cíli a postupem deinstitucionalizace?

Jsou v plánu stanoveny konkrétní ukazatele? Jak je vyhodnocován?

3. Informování osob se zdravotním postižením

Cílový stav: Lidem se zdravotním postižením jsou poskytovány všechny potřebné informace, a to ve formě, která je jim srozumitelná

3.1 Odpovědné obecní/krajské orgány poskytují informace určené veřejnosti formou dostupnou a srozumitelnou lidem se zdravotním postižením.

Příslušné orgány využívají všech komunikačních technik a možností komunikace. Dle Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením se komunikací rozumí „řeč, zobrazení textu, Braillovo písmo, doteková komunikace, zvětšené písmo, přístupná multimediální zařízení, jakož i psaný jazyk, zvukové systémy (pozn. včetně on-line tlumočení), jednoduchá forma řeči, digitalizovaný hlas a augmentativní a alternativní způsoby, prostředky a formáty komunikace, včetně dostupných informačních a komunikačních technologií“.

Jazyk se v tomtéž dokumentu chápe jako mluvený i znakový jazyk a další formy nonverbální komunikace.

Jako dostupnost můžeme chápat také to, zda se příslušné informace k lidem se zdravotním postižením dostanou, což zahrnuje všechny cesty, jakými obec či kraj komunikuje se svými občany. Kromě úřední desky, webových stránek, hlášení místního rozhlasu, zveřejnění vyhlášek, obecních novin, letáků do schránky apod. je také dobré dotazovat se na to, zda mohou využít lidé s postižením např. nějaké veřejně dostupné zařízení, počítač, který jim umožní prostudovat si informace způsobem, který upřednostňují. Tedy např. prostřednictvím zvukového systému, zobrazení textu zvětšeným písmem – zda si např. obecní vyhlášky mohou lidé se zdravotním postižením přečíst přímo na obecním úřadě.

Obcí a krajů se můžeme také dotazovat, zda u jimi řízených (zřizovaných) organizací – poskytovatelů sociálních služeb - při metodické podpoře zjišťují, jak postupují při komunikaci s lidmi se zdravotním postižením, zda výše uvedené metody také užívají. Zda s nimi mají metodické porady a využívají možnost metodického vedení.

¹ Manuál transformace ústavů – deinstitucionalizace sociálních služeb, MPSV, Praha 2013 <http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/text.pdf>

Srozumitelnost je dána způsobem podání informace, tedy např. zda je text také Braillovým písmem nebo ve formátu snadného čtení (easy to read). Na srozumitelnost informací je třeba se zaměřit z pohledu různých cílových skupin podle druhu postižení, např. u lidí s mentálním postižením – zda jsou informace určené veřejnosti také převedené do zjednodušeného čtení a jakým způsobem jsou předávány, např. zda je letáček převedený do snadného čtení vyvěšený na úřední desku nebo zda je web obce také v podobě snadného čtení.

Zákon o přístupnosti internetových stránek a mobilních aplikací a o změně zákona č. 365/2000 Sb., o informačních systémech veřejné správy a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, č. 99/2019 Sb., v platném znění, mezi povinné subjekty zahrnuje mj. územní samosprávné celky. V § 4 Zajištění přístupnosti internetových stránek a mobilních aplikací uvádí: „Povinný subjekt zajistí, aby jím spravované internetové stránky a mobilní aplikace byly přístupné, a to tím, že je pro jejich uživatele, zejména pro osoby se zdravotním postižením, učiní vnímatelnými, ovladatelnými, srozumitelnými a stabilními.“ V § 5 je dále upřesněno Zajištění přístupnosti internetových stránek.

Také je dobré zjišťovat, jestli je na obci či kraji osoba či osoby, která zvládá různé způsoby komunikace, nebo zda je možné si takovouto službu zajistit v případě potřeby.

Otázky:

Jak jsou poskytovány informace lidem se zdravotním postižením? Má obec/kraj svůj zpravodaj, vydává letáky, jsou webové stránky přehledné a dobře čitelné lidem s různými handicapy?

Jsou informace dobře dostupné přímo na obecním/krajském úřadě nebo jiném k tomu určeném místě? Mohou si je prostudovat i lidé se zdravotním postižením? Jak jim obec/kraj zpřístupňuje informace, v jakých formátech jsou dostupné? Mají webové stránky osvědčení o přístupnosti?

Jsou informace podávány v souladu se zák. č. 365/2000 Sb., ve znění pozdějších předpisů, v § 5 odst. 2 písm. f)?

Jak je zajištěna osoba, která zvládá různé typy komunikace, dle potřeby osoby se zdravotním postižením (vlastní pracovník, nebo externí pracovník)?

3.2. Odpovědné obecní/krajské orgány srozumitelně informují osoby se zdravotním postižením o jejich možnostech a právech.

Obecní a krajské orgány informují občany se zdravotním postižením o jejich možnostech na základě teze, že je život lidí se zdravotním postižením v jejich přirozeném prostředí pro obec či kraj žádoucím cílem. Při podávání informací týkajících se různých životních situací se vychází z toho, že mají řešení nejprve v přirozeném prostředí člověka, za pomoci neformálních podpůrců, tj. rodinných příslušníků, přátel, následně terénních a ambulantních sociálních služeb či dalších veřejných služeb (home care, zajištění stravování dovozem, využití úklidových firem apod.) a teprve poslední možností jsou pobytové sociální služby.

Právy jsou myšlena práva daná na základě Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením, čl. 19 Nezávislý způsob života a zapojení do společnosti: „Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, uznávají rovné právo všech osob se zdravotním postižením žít v rámci společností, s možnostmi volby na rovnoprávném základě s ostatními, a přijmou účinná a odpovídající opatření, aby osobám se zdravotním postižením usnadnily plné užívání tohoto práva a jejich plné začlenění do společnosti, mimo jiné tím, že zajistí, aby:

a) osoby se zdravotním postižením měly možnost si zvolit, na rovnoprávném základě s ostatními, místo pobytu, kde a s kým budou žít a nebyly nuceny žít ve specifickém prostředí;

b) osoby se zdravotním postižením měly přístup ke službám poskytovaným v domácím prostředí, rezidenčním službám a dalším podpůrným komunitním službám, včetně osobní asistence, která je nezbytná pro nezávislý způsob života a začlenění do společnosti a zabraňuje izolaci nebo segregaci;

c) komunitní služby a zařízení určená široké veřejnosti byly přístupné, na rovnoprávném základě s ostatními, i osobám se zdravotním postižením a braly v úvahu jejich potřeby.“

Otázky:

Jakým způsobem probíhá sociální práce na obci/kraji s lidmi se zdravotním postižením či jejich rodinnými příslušníky? Obracejí se na obec/kraj?

Jsou lidé se zdravotním postižením informováni v souladu s Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením?

Mají pracovníci obce/kraje znalosti této Úmluvy?

3.3. Odpovědné obecní/krajské orgány srozumitelně informují osoby se zdravotním postižením o vlivu ústavní péče na člověka a dostupných komunitních službách.

Obec/kraj by měly jasně vystupovat v otázkách týkajících se ústavní péče, ať se to týká obecně podávaných informací či řešení situace konkrétního člověka se zdravotním postižením. Při proklamaci Žádoucího cíle (života lidí se zdravotním postižením v jejich přirozeném prostředí) by obec nebo kraj zároveň neměl propagovat ústavní péči.

Pro situace, kdy se lidé se zdravotním postižením nebo jejich blízcí rozhodují o tom, jakým způsobem řešit nedostatečně zajištěnou péči, by měla mít obec/kraj připravený „balíček“ informací. Jednak je důležité zmapovat konkrétní situaci zájemce o ústavní péči a možnosti jeho podpory v domácím prostředí, jednak znát i veškeré dostupné sociální a další služby, ze kterých je následně možné podporu „poskládat“

Informace o vlivu ústavní péče na člověka mají jasně představit omezení, jaká život v ústavu přináší, její dopady, a to zejména zájemcům o tyto služby – lidem se zdravotním postižením či jejich rodinným příslušníkům. Často je ústavní péče chápána jako jediné možné řešení bez znalosti dalších alternativ.

Např. Pardubický kraj má zpracovanou brožuru v jednoduché formě, která se týká života lidí, kteří opustili ústavní zařízení a odešli do komunitní služby (Zázraky všedního dne, dostupné na <https://www.pardubickykraj.cz/transformace-pobytovych-socialnich-sluzeb>).

Otázky:

Jakým způsobem je prezentována ústavní péče a její vliv na život lidí se zdravotním postižením?

Jakým způsobem je prováděna nabídka v případě řešení nepříznivé životní situace lidí se zdravotním postižením?

Jsou nastavena pravidla pro přijímání osob do sociálních služeb, zejména pak pro služby komunitního typu?

3.4. Při přímé komunikaci s osobami se zdravotním postižením si vždy pracovník obecního/krajského orgánu ověřuje, jestli člověk se zdravotním postižením pro něj potřebným informacím porozuměl.

Viz Manuál transformace² – Metodika pro zařízení v transformaci – 3.2 c – „Schopnost klienta porozumět situaci se může měnit a pro různý typ sdělení může být tato jeho schopnost různá. Průběžně ověřujte, jak dalece klient konkrétní informaci v konkrétní situaci rozumí. Není ověřením, pokud klient odpovídá „ano“ na otázku, zda rozuměl, nebo když jen opakuje slyšené. Zaměstnance proto veďte k tomu, aby byli schopni ověřit pochopení, porozumění významu toho, co je sdělováno. To je obvykle možné prostřednictvím rozhovoru vhodně zvolenými otázkami, které rozvíjí téma (např. jaké má informace důsledky pro klienta samotného)...“

Dle situace je třeba volit konkrétní otázky, např., co máte ještě doplnit, kdy máte donést požadované doplnění žádosti, kdy si máte přijít pro požadovaný doklad apod.

² Manuál transformace ústavů – deinstitucionalizace sociálních služeb, MPSV, Praha 2013 <http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/text.pdf>

Otázky:

Jsou pracovníci obecního/krajského úřadu vzdělávání v oblasti komunikace s osobami se zdravotním postižením (i mimo sociální odbor)? Je prosazován nějaký jednotný postup?

3.5. Informace o možné podpoře lidí se zdravotním postižením v jejich přirozeném prostředí jsou dostupné a šířeny i mezi jejich rodinné příslušníky, blízké osoby, opatrovníky a zákonné zástupce.

Musí být také pamatováno na to, že v některých situacích jsou cílovou skupinou pro přijetí informací ti nejbližší osob se zdravotním postižením - rodiče, ale i jejich děti, jiní nejbližší příbuzní, opatrovníci, zákonní zástupci dětí se zdravotním postižením. Často dochází k tomu, že v důležitých okamžicích jsou to nakonec oni, kdo rozhodují o tom, jak a kde člověk s postižením bude žít, zda např. v ústavní péči nebo doma. Proto je nezbytné, aby jim byly předány informace, zajištěny služby apod., aby se neuchýlili k tomu, že pro své dítě nebo jiného příbuzného najdou nevhodnou sociální službu. Tento bod má vazbu na čl. 19 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením – Nezávislý způsob života a zapojení do společnosti (viz 3.2.) – tento článek je stále porušován jak v případě dospělých, tak dětí se zdravotním postižením. Kvůli svému zdravotnímu stavu se děti se zdravotním postižením často ocitají mimo svou rodinu, nejhůře v ústavu, a jsou z tohoto pohledu rizikovou skupinou.

Otázky:

Jakým způsobem jsou šířeny informace z oblasti podpory osob se zdravotním postižením mezi rodinné příslušníky, blízké osoby, opatrovníky či zákonné zástupce?

Probíhají např. nějaké semináře na související témata? Jsou podporovány svépomocné skupiny apod.?

4. Zapojování lidí se zdravotním postižením do rozhodování obce/kraje

Cílový stav: Lidé se zdravotním postižením jsou plnohodnotnými partnery v rozhodovacích procesech na úrovni obce/kraje

4.1. Na úrovni obce/kraje jsou vytvořeny a využívány podmínky pro zapojení osob se zdravotním postižením (včetně klientů ústavů) a ti jsou zároveň aktivně zváni do rozhodovacích procesů, např. při tvorbě obecních/krajských strategií a plánů.

Základní podmínkou pro zapojení lidí se zdravotním postižením do rozhodovacích procesů je vytvoření bezbariérového prostředí. Bezbariérovost se týká architektonických bariér úřadů, na které je třeba pohlížet z hlediska různých potřeb lidí se zdravotním postižením pohybového aparátu, lidí slabozrakých a nevidomých, lidí neslyšících atd. Inspirativní jsou např. zápisy z metodických dnů zveřejněných na <http://www.trass.cz/index.php/2017/03/17/metodicke-dny-pro-urady-na-tema-dostupnost-odstranovani-barier/>, nebo publikace *Bydlení (nejen) pro lidi se zdravotním postižením*, která je ke stažení na stránkách <http://www.trass.cz/index.php/dokumenty/jak-na-transformaci/>

Dále se bezbariérovost promítá do přístupnosti informací, tedy aby se lidé se zdravotním postižením o rozhodovacích procesech dozvěděli.

Otázky:

Účastní se lidé se zdravotním postižením rozhodovacích procesů, např. mohou se zúčastnit Zastupitelstva obce/kraje, jsou pro ně vytvořeny podmínky? Tj. jsou prostory přístupné, jsou informace o konání a obsahu dostatečně zveřejňovány ve srozumitelné formě apod.?

Jsou lidé se zdravotním postižením aktivně zváni do rozhodovacích procesů ze strany obce/kraje? Účastní se např. procesu plánování sociálních služeb či při vytváření jiných strategických dokumentů, které se jich týkají?

4.2 Na úrovni obce/kraje jsou aktivně zváni zákonní zástupci dětí se zdravotním postižením do rozhodovacích procesů, např. při tvorbě obecních/krajských strategií a plánů.

Ze strany obce/kraje se předpokládá znalost rodin dětí se zdravotním postižením, navázání spolupráce s nimi. Pokud se tato spolupráce nedaří přímo, je možné využít organizace, které sdružují rodiče dětí s postižením, případně přes školy vzdělávající tyto děti. Obec/kraj by měla mít vytvořené způsoby spolupráce, snaha o spolupráci ze strany obce/kraje vyžaduje větší aktivitu, protože informace o důsledcích rozhodovacích procesů často nejsou srozumitelné, stejně jako o dopadech plánů a strategií na život lidí se zdravotním postižením. Možnou cestou jsou např. prezentace přípravy obecních plánů a strategií v organizacích sdružujících rodiče nebo přes školy či poskytovatele sociálních služeb pro tyto děti.

Otázky:

Jsou zákonní zástupci dětí se zdravotním postižením aktivně zváni do rozhodovacích procesů ze strany obce/kraje?

Účastní se např. procesu plánování sociálních služeb či při vytváření jiných strategických dokumentů, které se jich týkají?

Jak je obec/kraj v této oblasti aktivní? Probíhají projekty na toto zaměřené?

Je plánováno, případně provedeno dotazníkové šetření za účelem zmapování vhodných sociálních služeb přímo pro děti se zdravotním postižením?

4.3. Obec/kraj zjišťuje potřeby lidí se zdravotním postižením, případně jejich rodinných příslušníků, spojené se začleňováním do jejich přirozeného prostředí, a pracuje s nimi.

Příklad:

Jedna z dotazovaných obcí např. uvádí, že v rámci komunitního plánování proběhla Analýza potřeb cílové skupiny seniorů a osob se zdravotním postižením v kontextu jejich setrvání v domácím prostředí ve městě a spádových obcích z roku 2014.

Otázky:

Byly v rámci komunitního plánování nebo při jiné příležitosti (např. plánování zajištění vhodných sociálních služeb) zjišťovány potřeby lidí se zdravotním postižením či jejich rodinných příslušníků?

Jsou na území obce/kraje organizace, které hájí zájmy lidí se zdravotním postižením či jejich rodinných příslušníků (pečujících osob)?

Jak probíhá spolupráce s lidmi se zdravotním postižením a jejich rodinnými příslušníky ze strany obce/kraje?

Je plánováno, případně provedeno dotazníkové šetření za účelem zmapování vhodných sociálních služeb přímo pro osoby se zdravotním postižením?

4.4. Je-li obec v roli veřejného opatrovníka, vykonává ji v souladu s právy, vůlí a preferencemi zastupovaného člověka a pouze v šíři dané rozhodnutím o ustanovení opatrovníkem/omezení svéprávnosti.

Oblasti výkonu opatrovnictví, jeho rozsahu a obsahu se týká řada dotazů ze strany obcí i soukromých osob. Týká se i snahy zastupované osoby se zdravotním postižením setrvat co nejdéle ve svém přirozeném prostředí.

Příklad:

Jedna z dotazovaných obcí uvádí, že proběhla řada seminářů pro veřejné opatrovníky i z obcí na území obce s rozšířenou působností a z řad soukromých opatrovníků, probíhá edukace prostřednictvím městského zpravodaje, na webových stránkách budou k dispozici vzory – např. nápomoc při rozhodování, předběžné prohlášení apod.

Otázky:

Je obec veřejným opatrovníkem? U kolika lidí?

Jsou školeni veřejní opatrovníci obce v rozsahu svých kompetencí a dalších potřebných znalostech, např. v Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením?

Organizuje obec, pokud je to v jejích kompetencích, vzdělávání i pro další veřejné opatrovníky (např. z území jejich ORP)?

5. Předcházení další institucionalizaci

Cílový stav: Na úrovni kraje/obce jsou vytvořeny takové podmínky, aby situace lidí se zdravotním postižením nebyla řešena přijetím do ústavu

5.1. Obec/kraj nevytváří nové vlastní velkokapacitní ústavy.

Pojem „velkokapacitní“ byl využit proto, že je obtížné určit ústavní prvky v malých pobytových službách bez znalosti jejich praxe. I v malých službách může dojít k výskytu ústavních prvků, „ústavnost“ není jen věcí kapacity. Tj. pokud kraj či obec vytváří pobytové služby, mají mít vždy komunitní charakter. Směřování obce/kraje v oblasti priorit podpory sociálních služeb (tedy zda jsou upřednostňovány služby terénní a ambulantní či služby pobytové, které jsou často obcí či krajem přímo zřizovány) mají být patrné už ze střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb, pravidel pro dotační řízení či dalších strategických a koncepčních dokumentů obce/kraje.

Obec/kraj by v návaznosti na výše uvedené zřizování nových ústavů neměl podporovat (finančně ani jiným způsobem) vznik nových lůžek v ústavech a dále investice, které následně zabraňují rušení ústavů, např. z nich plynou závazky udržitelnosti. Jedná se o investice i z jiných oblastí než sociální – např. na kulturu – obnova památek, jimiž budovy ústavů často jsou, životní prostředí – zateplení, systémy vytápění, doprava, školství, zdravotnictví apod.

Otázky:

Je záměrem obce/kraje řešit situaci lidí se zdravotním postižením zřizováním nových ústavů, případně navyšováním kapacit ústavů již existujících? Nebo zřizováním jiného druhu služby, např. domova se zvláštním režimem, kam přejdou klienti ze služby domov pro osoby se zdravotním postižením?

Má kraj/obec nastavené metodiky (pro sociální pracovníky) tak, aby přispívaly k tomu, že se situace lidí se zdravotním postižením řeší jinak než přijetím do ústavu?

Klesá počet míst v DOZP a stoupá počet míst v komunitních službách? Sleduje se tento údaj?

5.2. Finanční toky jsou směřovány k činnostem a službám (aktivitám a akcím movitým i nemovitým) podporujícím život lidí se zdravotním postižením v přirozeném prostředí.

Zde jsou myšleny veškeré finanční toky, které kraj či obec spravuje a má tedy vliv na to, jaký budou mít dopad. Jedná se např. o dotační řízení v sociální oblasti, kultuře, sportu, dopravě, školství, zdravotnictví, týkající se bezbariérovosti apod. Tato dotační řízení mohou být určena jak na provoz, tak i investice do budov.

Jedná se také o to, jakým způsobem má obec/kraj finanční toky propojené, zda je může orgán odpovědný za podporu života lidí v přirozeném prostředí připomínkovat a vznášet námítky, aby tyto dotace byly v souladu se zamýšleným cílem.

Otázky:

Jsou finanční toky obce/kraje nastaveny tak, aby podporovaly život lidí se zdravotním postižením v domácím prostředí? Nesměřují např. některé investice k tzv. „humanizaci“ pobytových sociálních služeb?

Je možné dotační systémy obce/kraje v tomto duchu připomínkovat nebo jiným způsobem k této myšlence směřovat?

Kritéria financování – jsou zvýhodněny služby komunitního charakteru?

Jsou v rámci financování podporovány ambulantní a terénní služby?

5.3. Finanční podpora stávajících ústavů, vůči kterým má obec/kraj potřebné kompetence, směřuje k jejich transformaci a celkové deinstitucionalizaci na území.

Obec/kraj, pokud ústav financuje jako zadavatel sociálních služeb na určitém území nebo je zřizovatelem ústavu, vyžaduje, aby byly sociální služby poskytovány v přirozeném prostředí. Tedy aby ústav prošel transformací na služby poskytované v komunitě. Transformace jednotlivých ústavů by měla probíhat v kontextu dalších sociálních služeb poskytovaných na daném území a směřovat k tomu, aby byl vytvořen ucelený systém služeb na podporu lidí se zdravotním postižením, který by je co nejdéle udržoval v domácím prostředí a pokud to není možné, aby i pobytové sociální služby byly poskytovány v komunitě, viz Manuál transformace, MPSV 2013³.

Otázky:

Má obec/kraj vytvořené nástroje (např. dotační systémy) k podpoře transformace ústavu a deinstitucionalizace sociálních služeb na svém území?

Probíhá finanční podpora transformace jen jednotlivým zařízením, nebo probíhá na celém území kraje jako strategie deinstitucionalizace?

5.4 Obec/kraj zajišťuje podmínky pro vznik a činnost potřebných sociálních služeb komunitního charakteru.

Podmínkami pro vznik a činnost potřebných sociálních služeb komunitního charakteru je myšlena např. možnost zařazení nových sociálních služeb do sítě služeb bez nadměrných administrativních překážek, finanční podpora vznikajících služeb a případně i další podpora dle možností obce/kraje – např. poskytnutí bytů z fondu bydlení pro podporu samostatného bydlení apod. Obec/kraj by rovněž měl zjišťovat potřebnost sociálních služeb komunitního charakteru v rámci komunitního plánování a usilovat o to, aby se stávající ústavní sociální služby přeměnily na síť služeb poskytovaných v komunitě (viz předchozí).

Příklad:

Jedna z dotazovaných obcí uvádí, že komunitním sociálním službám pronajímá prostory a z bytového fondu města jsou využívány některé byty pro sociální službu chráněné bydlení.

Otázky:

Jak mohou vzniknout nové sociální služby komunitního charakteru? Jak dlouho vznik trvá? Co všechno je k tomu potřeba?

Jak probíhá spolupráce s obcemi, organizacemi při plánování nové sociální služby? Děje se to i prostřednictvím tzv. síťování nové služby s ohledem na návaznost, prostupnost vhodné služby?

Jak probíhá následná finanční podpora jejich činnosti a je dostatečná? Jaké jsou podmínky finanční podpory pro nově vzniklé i stávající sociální služby komunitního charakteru?

³ Manuál transformace ústavů – deinstitucionalizace sociálních služeb, MPSV, Praha 2013 <http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/text.pdf>

5.5. Obec/kraj zajišťuje finanční podporu transformujícím se zařízením.

V případě transformace ústavní služby dochází k nárůstu nákladů, a to jak provozních, tak investičních. Provozní náklady musí být dostatečné, aby bylo překlenuto období, po které fungují současně ústavní služby a zároveň již vznikají služby poskytované v komunitě. Toto období přechodu může trvat různě dlouho, ale čím déle trvá, tím jsou náklady vyšší. Jako nejdražší model se na základě dosavadních zkušeností ukazuje částečná transformace, kdy z ústavního zařízení odejde část uživatelů a služba v původním ústavním zařízení funguje dál s vyhlídkou postupné transformace anebo bez této vize.

Otázky:

Jakým způsobem zajišťuje obec/kraj finanční podporu transformujícím se zařízením?

Existují nějaká pravidla pro tuto podporu, resp. je transformace zařízení podmínkou pro získání financí od obce/kraje?

5.6 Obec/kraj podporuje finančními i nefinančními nástroji veřejně dostupné služby v tom, aby je mohli běžně využívat lidé se zdravotním postižením.

Tato otázka směřuje ke sledování naplnění práva osob se zdravotním postižením na přístupnost podle č. 9 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením.

Myšlena je např. podpora bezbariérovosti prostředí pro osoby s různým druhem zdravotního postižení, bezbariérovost budov patřících obci či kraji a také bytového fondu ve vlastnictví obce, veřejných prostranství, vlakových či autobusových nádraží, přechodů, cest apod., dále např. knihovny, bazénu a dalších veřejně dostupných služeb, apod.

Příklad:

Jedna z dotazovaných obcí zajišťuje školení pro úředníky odborů městského úřadu, kteří se zabývají plánováním, schvalováním staveb a jejich realizací, na téma bezbariérovosti pro osoby se zdravotním postižením (s tělesným, smyslovým hendikepem). Školení se účastnili i úředníci pověřených obecních úřadů, organizací, materiály ze školení lze nalézt na webu města. Obec také doplňuje městskou knihovnu o příslušnou literaturu s problematikou bezbariérovosti.

Jeden z dotazovaných krajů popisuje, jak jsou zastoupeny jednotlivé odbory u sledování bezbariérovosti (ve školách, v dopravě, v kulturních zařízeních), odbor sociálních věcí spolupracuje s dalšími odbory dle sledovaného problému, pořádá zážitkové akce – zástupce kraje zde vystupuje v roli člověka se zdravotním postižením a testuje podmínky a přístupnost veřejných služeb za účelem upozornit na nedostatky, dle zážitku je pak iniciativně dojednávána náprava. Odbor sociálních věcí spolupracuje i s jinými organizacemi, pracovníci kraje vypomáhají ve prospěch osob zdravotně postižených i jako dobrovolníci. Kraj vyhlašuje ocenění pro ty, kteří pomáhají lidem se zdravotním postižením např. jako dobrovolníci.

Otázky:

Má obec/kraj vytvořené finanční či nefinanční nástroje ke zpřístupňování veřejně dostupných služeb pro lidi se zdravotním postižením?

Spolupracují jednotlivé odbory obce/kraje na zjišťování, zda jsou veřejné služby dostatečně přístupné (bezbariérovost) a dostupné (např. lékař, škola) i lidem se zdravotním postižením?

Existuje dokument, ze kterého vychází finanční podpora, např. v oblasti bezbariérovosti, dostupnosti zdravotnictví (lékař)?

5.7. Obec/kraj vytváří podmínky pro to, aby děti se zdravotním postižením žily ve své rodině či v náhradní rodinné péči. Pokud tyto děti nejsou/nemohou být podporovány ve své rodině či v náhradní rodinné péči, vytváří obec/kraj takové podmínky, aby byly podporovány ve vhodných službách komunitního charakteru určených jen pro děti.

Příklad:

V jedné z dotazovaných obcí je zajištěna podpora pečujících rodin s dětmi se zdravotním postižením v domácím prostředí tak, že spolupracující nezisková organizace nabízí rodinám využití psychologa, zdravotní sestry a sociální pracovnice. Obec pořádá semináře pro rodiče a další pečující na různá témata, např. fyzioterapie. OSPOD se také zabývá propagací pěstounství.

Obec/kraj může využívat zapojení do různých projektů a své finanční nástroje k zajištění potřebných sociálních služeb, jako je raná péče, sociální rehabilitace, sociálně aktivizační služby a dalších služeb. Důležitá je i propagace náhradní rodinné péče.

Jeden z dotazovaných krajů má např. nastavenou metodiku přijímání dětí do DOZP – kraj ověřuje vhodnost a nutnost umístění dítěte dle „Pravidel pro příjem dětí do DOZP“. Kraj se snaží předejít umístění, ověřuje, zda byly vyčerpány veškeré možnosti, aby dítě nebylo umístěno do služby. Dále všem zařízením, která poskytují služby dětem se zdravotním postižením, kraj poskytl externího konzultanta na podporu transformace a účelové vzdělání pro zařízení dle potřebných témat souvisejících s transformací. Další z krajů organizuje kampaň na propagaci pěstounství. Probíhají spoty v regionálním rádiu, periodikách. Kampaň je zaměřena proti umístování dětí do institucí. Při předávání dětí do náhradní rodinné péče kraj předává tzv. „Krabičku do života“ pro uchování vzpomínek – jako existenční pojítko mezi narozením a pěstounskou péčí. Je snaha umisťovat děti do vhodné komunitní služby pro děti.

Otázky:

Jak obec/kraj podporuje setrvání dětí se zdravotním postižením ve vlastní rodině? Má nějaké vlastní programy podpory pro rodiny dětí s postižením?

Jak obec/kraj podporuje např. služby rané péče?

Jak obec/kraj přistupuje k vyhledávání náhradních rodin pro děti s postižením? Jak je aktivní v podpoře pěstounských rodin či adoptivních rodin v přijímání dětí s postižením?

Jaké pobytové sociální služby pro děti se zdravotním postižením obec/kraj nabízí?

Je možnost zajištění odlehčovací služby, včetně služby pro děti s PAS?

5.8 Krajský úřad při registraci sociálních služeb posuzuje a jasně vysvětluje podmínky poskytování služby s ohledem na možné sociální začleňování, podporu života v přirozeném prostředí uživatele a naplnění podmínky co nejméně omezujícího prostředí pro uživatele služby.

Kraj registruje nové sociální služby. Registrace může probíhat automaticky u každého žadatele o novou sociální službu, nebo může mít kraj zpracovaná další pravidla a postupy.

Příklad:

Praxe jednoho z dotazovaných krajů je taková, že se při registraci služby ověřují podmínky – vhodnost prostředí pro službu. Zároveň se využívá i ústní jednání u vedoucí odboru sociálních věcí pro vysvětlení podmínek pro danou sociální službu, rovněž i pro vstup do sítě sociálních služeb a dotačního řízení.

Otázky:

Jak probíhá registrace nové sociální služby?

Má kraj nastaveny podmínky pro registraci služby, případně v jakém dokumentu?

6. **Vzdělávání a metodická podpora**

Cílový stav: Všichni zúčastnění mají dostatečné znalosti a dovednosti pro podporu lidí se zdravotním postižením v jejich přirozeném prostředí

6.1. Obec/kraj zajišťuje svým zaměstnancům a dalším zapojeným subjektům vzdělání zaměřené na podporu života lidí se zdravotním postižením v jejich přirozeném prostředí, zejména:

- v různých způsobech a možnostech komunikace,
- v odpovídajících způsobech podpory lidí se zdravotním postižením v jejich přirozeném prostředí,
- v jejich možnostech a právech,
- v procesu deinstitucionalizace.

Zapojenými subjekty jsou myšleny sociální služby, zdravotní služby, školská zařízení, soudní zaměstnanci, policisté, úřady práce, opatrovníci, zaměstnavatelé a agentury zaměstnávání, poskytovatelé veřejných služeb apod.

Různé způsoby a možnosti komunikace – viz 3.1 vysvětlení komunikace

Odpovídající způsoby podpory lidí se zdravotním postižením v jejich přirozeném prostředí – všechny možnosti, které napomohou lidem se zdravotním postižením zůstat doma, např. sociální služby, senior taxi, dobrovolnictví, neformální podpora, home care (domácí zdravotní péče) apod. Viz také bod 1.2 obdobně.

Zda obce a kraje vzdělávají ve smyslu:

- Veřejné politiky a opatření kraje/obce jsou nastaveny tak, že nepříznivá sociální situace lidí s postižením je řešena podporou a službami v přirozeném prostředí člověka (tj. neformální podporou), případně terénní nebo ambulantní sociální službou. Komunitní pobytovou službou až v případě, že situaci nelze řešit v přirozeném prostředí.
- V možnostech a právech – např. financování, průkazky, příspěvky a dávky, důchod, kompenzační pomůcky, úprava bytu, využití sociálních služeb a jiných podpůrných služeb.

Právy jsou myšlena práva daná mezinárodními úmluvami, zejména Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením, českou legislativou od Ústavy a Listiny základních práv a svobod po dílčí úpravy např. opatrovnictví, jeho úlohy a hranic, co dělá opatrovník a co už dělat nemůže, co je v kompetenci pouze samotného člověka se zdravotním postižením.

Otázky:

Probíhají v obci, kraji školení ve výše uvedených oblastech?

Na jaká témata se obec/kraj ve vzdělávání zaměřuje?

Pro koho je vzdělávání určeno, kdo se jej účastní?

Existují projekty na obci/ kraji na tuto problematiku?

6.2 Obec/kraj využívá příklady dobré praxe a zkušenosti s podporou života lidí se zdravotním postižením v přirozeném prostředí v ČR a v zahraničí (včetně oblasti sociálních služeb komunitního charakteru, transformace ústavní péče na péči komunitní, deinstitucionalizace).

Obec/kraj může navštěvovat jiné obce či kraje, kde mají s podporou lidí se zdravotním postižením zkušenosti, nebo např. s některým aspektem podpory (sociální služby, doprava, zapojení do rozhodování, komunikace, bezbariérovost apod.). Může také využívat zkušenosti poskytovatelů sociálních služeb i z jiných krajů např. při zřizování nové služby pro cílovou skupinu (chráněné bydlení pro lidi s PAS apod.), neomezovat se jen na krajské či obecní příspěvkové organizace. Pracovníci obce/kraje mohou absolvovat návštěvy, stáže, besedy s pracovníky či diskusní setkání odborníků podle zvolených témat.

Obec/kraj promítá příklady dobré praxe nejen do vlastní činnosti, ale zprostředkovává je obcím na svém území i poskytovatelům sociálních služeb působícím na území obce/kraje.

Obdobně zahraniční spolupráce může probíhat jak formou výjezdů, tak např. návštěvou semináře se zahraničními odborníky, výměnou dobré praxe apod.

Příklad:

Zkušenosti s bezbariérovostí v Rakousku promítá jedna z obcí do svých plánů při vybudování dostatečného počtu bezbariérových bytů pro osoby se zdravotním postižením.

Otázky:

Jak obec/kraj získává příklady dobré praxe v oblasti podpory života lidí se zdravotním postižením v přirozeném prostředí?

Dochází k nějaké výměně zkušeností v rámci ČR nebo se zahraničím?

Vyměňuje si kraj zkušenosti např. i na Asociaci krajů, Asociaci poskytovatelů?

Zaměřuje se obec/kraj na výměnu zkušeností v oblasti sociálních služeb komunitního charakteru, transformace ústavní péče na péči komunitní, deinstitucionalizace?

Absolvovali pracovníci obce/kraje nějaké návštěvy, stáže apod.?

Jak využívá obec/kraj získané zkušenosti pro sebe nebo rámci metodického vedení?

6.3 Obec/kraj vykonává metodickou roli vůči obcím a zařízením

1. směřující k podpoře života lidí se zdravotním postižením v přirozeném prostředí a
2. v souladu s principy, cíli a postupem deinstitucionalizace.

Obec/kraj v rámci své metodické činnosti může působit na obce na svém území i na poskytovatele sociálních služeb různými způsoby.

Příklad:

Jedna z dotazovaných obcí zve zaměstnance sociálních služeb z jím řízených organizací i z NNO na školení, konzultace v rámci projektu zaměřeného na život lidí se zdravotním postižením v přirozeném prostředí. Metodická podpora vůči obcím je směřována do oblasti stavebnictví - k bezbariérovosti či výkonu sociální práce ve vztahu k možnosti setrvání v domácím prostředí, zprostředkovává také školení a návazné konzultace pro pověřené obecní úřady a pro obce zřizující sociální služby, zejména pečovatelské služby. Probíhají také setkání se starosty obcí 1. typu, kde se probírá i problematika života lidí se zdravotním postižením, nejčastěji oblast opatrovnictví. Podpora ze strany města je vedena i formou e-mailové komunikace ohledně využití informačních kanálů pro jejich občany se zdravotním postižením (odkazy na leták, brožury), nabídka účasti na konzultacích, seminářích, informace o možnosti využití dotací.

Obec/kraj může vytvořit i stálejší platformy, které se zaměřují na jednotlivá témata (pravidelná diskusní setkání, porady apod.). Poskytovatelé sociálních služeb i obce na příslušném území si tak mohou vyměňovat zkušenosti, obec/kraj zde má prostor i pro zprostředkování příkladů dobré praxe – viz 6.2.

Otázky:

Jak vykonává obec/kraj svou metodickou roli vůči obcím a poskytovatelům, co všechno to zahrnuje?

Vytváří obec/kraj aktivně prostor pro získávání a výměnu zkušeností s podporou lidí se zdravotním postižením v přirozeném prostředí?

Jsou metodická činnost a prezentovaná témata v souladu s principy, cíli a postupem deinstitucionalizace?

Vyměňuje si kraj zkušenosti např. i na Asociaci krajů, Asociaci poskytovatelů?

Kraj využívá informace z inspekcí, které vykonává MPSV – vymahatelná náprava (dodržování práv, podmínky apod.)

Jak obec/kraj využívá informace z inspekcí, které vykonává MPSV – vymahatelná náprava (týká se plnění povinností poskytovatelů dle § 88 a 89 zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a hodnocení kvality

poskytovaných služeb), zejména v oblasti dodržování práv, informovanosti o službě, prostředí – důstojné a co nejméně omezující, apod.)

Informace lze ověřit na veřejném registru poskytovatelů sociálních služeb MPSV (výsledek inspekce zaznamenán nejdéle do šesti měsíců po ukončení inspekce).

7. Komunikace s veřejností

Cílový stav: Život lidí se zdravotním postižením v jejich přirozeném prostředí je veřejností přijímán jako žádoucí cíl

7.1. Na obecní/krajské úrovni je zpracován a naplňován plán komunikace s veřejností zahrnující témata související s životem lidí se zdravotním postižením v jejich přirozeném prostředí.

Tématy souvisejícími s životem lidí se zdravotním postižením jsou např. možnosti a úskalí života lidí se zdravotním postižením v domácím prostředí, deinstitucionalizace, transformace, integrace osob se zdravotním postižením do běžné komunity, komunitní služby, vliv ústavních služeb na člověka. Plán komunikace definuje klíčové osoby a organizace, s nimiž je potřeba komunikovat sdělení, která mají být předávána, i formu, jakou lze tato sdělení co nejlépe předat. Plán komunikace – viz Metodika pro zařízení v transformaci, Postupy podle znaků a vodítek deinstitucionalizace, 9.1a in Manuál transformace, MPSV 2013 a Průvodce komunikací s veřejností, tamtéž – CD příloha (<http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/pruvodce-v-komunikaci.pdf>).

Otázky:

Existuje na úrovni obce/kraje plán komunikace s veřejností?

Obsahuje tento plán komunikace témata, která se týkají života lidí se zdravotním postižením? (zejména života v běžném, přirozeném prostředí – doma, v komunitní službě, nikoliv život ve velkokapacitním ústavu.)

Existuje plán komunikace, který se týká deinstitucionalizace, pro celé území kraje?

7.2. Odpovědný obecní/krajský orgán komunikuje o různých otázkách týkajících se života lidí se zdravotním postižením v přirozeném prostředí (včetně procesu deinstitucionalizace a transformace) s lidmi a organizacemi důležitými pro dosažení změny.

Předpokladem je, že jsou známi lidé a organizace důležité pro dosažení změny, tito klíčoví aktéři mají být definováni v plánu komunikace (pokud existuje, viz Metodika pro zařízení v transformaci, Postupy podle znaků a vodítek deinstitucionalizace, 9.1a in Manuál transformace, MPSV 2013 a Průvodce komunikací s veřejností, tamtéž – CD příloha (<http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/pruvodce-v-komunikaci.pdf>)).

Obec/kraj se zaměřuje na komunikaci s nimi: šíří články, TV spoty, má např. pravidelnou rubriku v obecních novinách zaměřenou na sociální oblast, resp. různé aspekty života lidí se zdravotním postižením ve společnosti. Jedná se např. i o informování politických zástupců obce/kraje na komisích, radách, zastupitelstvech, poskytovatelů sociálních služeb v rámci pracovních skupin pořádaných obcí/krajem apod. Jde o realizaci plánu komunikace, viz výše.

Otázky:

Kdo jsou pro obec/kraj lidé a organizace důležité pro dosažení změny?

Jak s nimi obec/kraj komunikuje, jakou formou (např. periodika, spoty, tiskové zprávy)?

Probíhá komunikace v těchto otázkách i na regionální úrovni obcí – (komunitní plánování)?

Jakou formou probíhá komunikace o těchto otázkách – periodika, spoty, tiskové zprávy, besedy s veřejností, kulaté stoly?

7.3 Komunikace je zaměřena zejména na změnu postojů vůči lidem se zdravotním postižením.

Ze strany obce/kraje je důležité, jaká klíčová sdělení jsou formulována. Zda jsou v komunikaci lidé se zdravotním postižením prezentováni jako spoluobčané, sousedé, tedy osoby se stejnými právy a povinnostmi jako kdokoliv jiný, s ohledem na jejich znevýhodnění. Rozhodující je nejen obsah sdělení, ale také jeho forma, jazyk, jaký je používán.

Otázky:

Jaká jsou klíčová sdělení, která obec/kraj zprostředkovává?

Komunikují zástupci obcí, kraje – kdo a kde se řeší postoje vůči lidem se zdravotním postižením?

Předávají se zkušenosti související se změnou postoje veřejnosti vůči lidem se zdravotním postižením i prostřednictvím tištěné podoby?

Probíhají nějaká setkání, konference – na obecní, krajské úrovni, kde osoby se zdravotním postižením prezentují své zkušenosti – předávají dobrou praxi?

7.4 Komunikace se aktivně účastní lidé se zdravotním postižením.

Jako nejúčinnější se jeví, pokud lidé se zdravotním postižením sami předávají své zkušenosti srozumitelnou a důstojnou formou. Prezentování vlastních zkušeností může být ale náročné, vyžaduje to přípravu a podporu člověka, který se je rozhodne prezentovat.

Obec/kraj může využít znalosti nejvíce problematických oblastí a reagovat na ně za pomoci zkušenosti konkrétního člověka.

Otázky:

Předávají své zkušenosti, příběhy sami lidé se zdravotním postižením?

Jakou formou probíhá komunikace – předávání zkušeností, které se lidé se zdravotním postižením účastní – např. konference, besedy, účast v krátkých spotech?

Probíhá komunikace i prostřednictvím sebeobhájců?

7.5. Na obecní/ krajské úrovni jsou vyhodnocovány podněty a postoje veřejnosti a dalších institucí, které se mohou týkat života lidí se zdravotním postižením v přirozených podmínkách.

Obec/kraj zpravidla dostává řadu podnětů, které se dotýkají života lidí se zdravotním postižením v přirozeném prostředí, formou dotazů, stížností, návrhů či žádostí od veřejnosti či institucí. Problémem může být např. řešení parkování v obci, bezbariérovosti budov či veřejných staveb z hlediska různých skupin osob se zdravotním postižením a jejich specifických potřeb (jiné potřeby mají lidé na vozíku a lidé se zrakovým postižením), dopravní obslužnost – nízkopodlažní autobusy, nedostatek sociálních služeb. Jedná se ale i o řešení opačných problémů, tedy stížností na osoby se zdravotním postižením – např. na nevhodné chování v bytě, v domě v běžné komunitě.

Na základě těchto a dalších podnětů je možné sledovat postoje veřejnosti vůči lidem se zdravotním postižením a dále s nimi pracovat. Velká reakce veřejnosti se dá zpravidla pozorovat v případě transformace ústavního zařízení či jednotlivých kroků souvisejících s reformou psychiatrické péče.

Otázky:

Jakou formou jsou podněty a postoje podávány, sdělovány?

Kdo je přijímá?

Jak se reaguje na podněty na úrovni obce, kraje?

Jakou formou jsou podněty, postoje vyhodnocovány, jak jsou řešeny – web, písemné sdělení apod.

7.6. Podněty veřejnosti jsou používány ke zlepšení podpory života lidí se zdravotním postižením v přirozeném prostředí.

Týká se přímo praxe, řešení konkrétních situací, které vedlo ke zlepšení života lidí se zdravotním postižením v přirozeném prostředí.

Příklad:

Jedna z dotazovaných obcí uvádí např. časté podněty na bariérovost vlakového nádraží a nepřístupnost autobusového nádraží osobám se zrakovým postižením. Tyto podněty byly řešeny ve spolupráci se stavebním odborem. Ze seminářů pořádaných obcí pro pečující osoby vyplynulo, že informace vycházející v tisku o akcích, kterých se mohou účastnit lidé se zdravotním postižením, jejich rodinní příslušníci či další pečující osoby, nejsou zveřejňovány s dostatečným předstihem. Na základě toho došlo k posunu v termínech jejich zveřejňování. Dalším podnětem z těchto akcí byla např. stížnost na nedostatečnou kapacitu sociální služby, kterou obec řeší.

Jeden z dotazovaných krajů uvádí, že byl např. řešen podnět z běžné komunity, který vedl ke zřízení ambulantní služby pro osoby s duševním onemocněním. Praxí je zde také řešení podnětů, které vzejdou z návštěvních dní hejtmanky kraje.

Otázky:

Přijímají se, případně byla přijata nějaká opatření na základě podnětů či zjištěných postojů?

Došlo k nějaké situaci, kdy podnět veřejnosti pomohl zlepšit život lidí se zdravotním postižením v přirozeném prostředí?

Děkujeme všem, kteří při zjišťování situace lidí se zdravotním postižením ve své obci či kraji došli až sem. Doufáme, že Znaky a vodítka podpory života lidí se zdravotním postižením v jejich přirozeném prostředí pomohou zaměřit se na situaci lidí se zdravotním postižením, systematicky se jí zabývat a samozřejmě ji zlepšit.