

Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti

Obsah

1. ÚVOD	3
2. DEINSTITUCIONALIZACE V ČESKÉ REPUBLICE	3
3. POPIS SOUČASNÉHO STAVU	6
3.1 Zahraniční zkušenosti	11
4. KONCEPCE PODPORY TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	12
4.1 Časový horizont koncepce	12
4.2 Koncepce podpory transformace ústavní sociální péče pro osoby se zdravotním postižením	13
4.3 Koncepce podpory transformace sociálních služeb pro seniory	17
4.4 Možné překážky realizace procesu transformace ústavní sociální péče v České republice	19
5. CÍLE A OPATŘENÍ	21
6. FINANČNÍ DOPADY DO STÁTNÍHO ROZPOČTU	26
7. MONITORING SYSTÉMU	26

1. ÚVOD

V České republice stejně jako v jiných postkomunistických zemích se díky totalitní éře přikročilo k řešení otázek lidských práv oproti ostatním zemím se zpožděním několika desetiletí. Vývoj humanizace společnosti a antidiskriminačních opatření začal v Evropě již v období po druhé světové válce. Náhled na práva lidí závislých na solidaritě a pomoci „zdravé“ většiny se simultánně vyvíjel ve svobodných demokraciích směrem k úctě ke každému jedinci a k vědomí spoluodpovědnosti společnosti za kvalitu života každého jejího člena.

Země dnešní Evropské unie se od 70. let minulého století zabývají realizací procesu deinstitucionalizace a podporou práva žít v přirozené komunitě pro všechny občany. Některé evropské státy implementovaly tyto myšlenky i do své legislativy. Česká republika jako členský stát EU se prostřednictvím tohoto dokumentu hlásí k této politice.

Materiál reaguje na vývoj v oblasti sociálních služeb, a to nejen v České republice, ale i v ostatních členských státech Evropské unie. I v České republice již někteří poskytovatelé pobytových sociálních služeb přistoupili ke krokům, vedoucím k poskytování individualizovaných a humanizovaných služeb v přirozeném prostředí. Můžeme konstatovat, že transformace je v cestou přirozeného vývoje vycházejícího z požadavku odborníků, uživatelů, jejich rodin i samotných poskytovatelů.

Cílem tedy není transformace samotná, která je otázkou přirozeného vývoje, ale podpora těch poskytovatelů sociálních služeb, jejichž zájmem je nabízet vysoce kvalitní služby na odborné úrovni. Stanovené cíle a opatření mají za pokládají za úkol podpořit již probíhající změny a usnadnit poskytovatelům, kteří se rozhodou poskytovat sociální služby odpovídající individuálním potřebám uživatelů v jejich přirozeném prostředí, tyto změny provést.

2. DEINSTITUCIONALIZACE V ČESKÉ REPUBLICĚ

Evropská unie používá pojem *deinstitucionalizace* pro manažerský proces změny systému. V tomto materiálu je pojem deinstitucionalizace používán ve smyslu přechodu směrem k poskytování sociálních služeb zaměřeném na individuální

podporu života člověka v přirozeném prostředí. Tento pojem v sobě zahrnuje také obecný princip řízené změny systému a jeho směřování.

Pro realizaci procesu deinstitucionalizace je nezbytná společenská shoda završená politickým rozhodnutím a následný plán podpory tohoto procesu. Materiál koncepce podpory transformace deklaruje zájem státu na směřování vývoje sociálních služeb v České republice do podoby odpovídající vyspělým státům EU a definuje jednotlivé aktivity podpory transformačního procesu. Hlavním cílem aktivit v rámci podpory transformace je zajištění nástrojů, které pomohou zařízením sociálních služeb směřovat ve svém vývoji k poskytování takových typů služeb, které odpovídají individuálním potřebám každého uživatele a odborným trendům. Je nutné zdůraznit, že samotná proměna pobytových zařízení sociálních služeb je otázkou individuální volby a vývoje každého jednotlivého zařízení. Opatření stanovené v tomto dokumentu jsou pouze nástrojem podpory. Při vlastní implementaci budou jednotlivá opatření přizpůsobována potřebám konkrétních jedinců, využívajících ústavní péči, a zároveň budou vytvářeny programy a projekty zaměřené na prevenci insitucionalizace osob se specifickými potřebami. Jedná se o osoby se zdravotním postižením, zejména děti a dospělé s mentálním postižením a kombinovanými vadami, a dále pak seniory se sníženou schopností soběstačnosti a samostatnosti.

V České republice se těmto otázkám věnuje odborná veřejnost v posledních deseti letech. S cílem individualizace a zkvalitnění péče vznikly v r. 2002 na MPSV **Standardy kvality** sociálních služeb (dále jen Standardy) jako účinný nástroj k zavádění kvality do zařízení sociálních služeb. V pozdějších fázích procesu zavádění Standardů dochází k odklonu od poskytování sociální služby jako tzv. komplexní dlouhodobé péče v institucích směrem k poskytování služeb formou individualizované podpory života v komunitě. Je zřejmé, že umístěním značné části dnešních uživatelů do pobytových zařízení sociální péče se řeší jiné, nejen sociální, problémy, často eticky problematické. Příkladem mohou být odchody seniorů do péče pobytových zařízení, kdy řeší spíše špatnou bytovou situaci v rodině než potřebu sociální pomoci, respektive péče. Nevhodné umístění do ústavu sociální péče je často důsledkem nedostatečné nabídky sítě služeb, s jejichž podporou a pomocí by mohl člověk se specifickými potřebami setrvat ve svém přirozeném prostředí.

Snaha zajistit lidská práva pro všechny bez rozdílu se projevuje od 90. let v celé naší společnosti, od místních iniciativ v původně ústavních zařízeních až po vznik nové

legislativy. **Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.**, účinný od 1. ledna 2007, je prvním zákonem dodržujícím lidskoprávní princip svobodné volby formy pomoci a typu služby na základě specifických potřeb uživatele. Stát na financování těchto služeb nepřispívá pouze formou dotací, ale dává do rukou uživatele finanční prostředky na úhradu sociální služby v podobě příspěvku na péči.

Implementace zákona o sociálních službách nutně směřuje k tomu, aby sociální služby volili lidé, kteří je opravdu potřebují a v takové míře, ve které je potřebují a aby poskytované služby odpovídaly normám kvalitní služby podle mezinárodních trendů a vědeckých poznatků. Nástrojem k tomuto směřování, vyplývajícím ze zákona o sociálních službách, je příspěvek na péči a standardy kvality sociálních služeb.

Příspěvek na péči, adresovaný potenciálnímu uživateli služby, dá informovanému uživateli možnost vybrat si takovou službu, kterou skutečně potřebuje a která umožní jeho sociální začlenění do přirozené komunity. Tento příspěvek bude přiznáván podle nutné míry podpory individuálně odlišné pro každého uživatele a to ve 4 stupních. Dopady vycházející z příspěvku na péči budou směřovat k tomu, že uživatelé pobytových sociálních služeb, jejichž míra závislosti neodpovídá rozsahu jimi žádaných služeb, budou směřovat k vyhledání služeb, které odpovídají jejich potřebám a jsou schopni je mimo jiné v rámci poskytnuté výše příspěvku na péči uhradit. Je tedy nezbytně nutné vytvořit takovou nabídku služeb, které umožní všem lidem plnohodnotný život v komunitě.

Standardy kvality vedou poskytovatele sociálních služeb k tomu, aby zajišťoval materiální, technické a hygienické podmínky přiměřené druhu sociální služby a individuálním potřebám jejich uživatelů. Naplňování standardů nutně povede k poskytování služeb odpovídajícím přirozeným individuálním potřebám člověka, který v daném zařízení sociální služby žije.

Předpokladem úspěchu procesu transformace je **osvěta** u veřejnosti i samotných uživatelů, **aktivní spolupráce účastníků procesu**, uživatelů služeb, zařízení ústavní sociální péče, obcí, krajů a resortů a v neposlední řadě **vzdělávání pracovníků** sociálních služeb. Tyto aktivity musí být v potřebné míře doprovázeny **metodickou a finanční podporou státu a dalších institucí veřejné správy**. Je nutné zdůraznit, že transformace je ovšem otázkou přirozeného vývoje a volby

jednotlivých zařízení a při plánovaných změnách je nutné přihlížet ke specifickým poskytování služeb v každém jednotlivém zařízení.

V oblasti strategie financování sociálních služeb je na základě politického konsensu potřebné zrevidovat a zásadně redukovat metody výstavby nových kapacit pobytových zařízení a ušetřené finanční prostředky směřovat do vzniku služeb v komunitě, které odpovídají individuálním potřebám uživatelů.

Stávající poskytovatele ústavních služeb je nutné podporovat tak, aby sami transformovali svou činnost směrem ke službám poskytovaným v přirozeném prostředí, směřujícím k naplňování individuálních potřeb uživatelů a v případě, kdy toto není možné s ohledem na situaci uživatelů, maximálně přiblížit pobyt uživatelů životu v domácím prostředí.

3. POPIS SOUČASNÉHO STAVU

Více jak 85% pobytových zařízení sociální péče v České republice (domovy důchodců (DD), domovy penziony pro důchodce (DPD) a ústavy sociální péče – (ÚSP)) je zřizována **kraji nebo obcemi**. Nestátní neziskové organizace poskytují zejména terénní a ambulantní sociální služby.

Ústavní zařízení reprezentují v České republice poměrně stabilní systém. Tato stabilita byla dána především trvalou poptávkou po tomto typu služeb a předem stanovenými zdroji financování. Objem prostředků byl tak relativně stálý a ústavy z roku na rok věděly, jak vysokou částkou mohou disponovat. Podle modelu financování platného do 31. 12. 2006 kraje obdržely v rámci celkové dotace ze státního rozpočtu finanční prostředky a tyto prostředky pak samy rozdělily jednotlivým ústavům, jichž byly zřizovateli. Na provoz ústavů sociální péče a domovů důchodců, jejichž zřizovatelem a provozovatelem je obec, byla poskytována dotace na lůžko. Jednalo se o účelovou dotaci vyplácenou obcím Ministerstvem financí z kapitoly Všeobecná pokladní správa státního rozpočtu v rámci souhrnného finančního vztahu státního rozpočtu k rozpočtům obcí. Tato dotace podléhala finančnímu vypořádání za příslušný rok.

Dalšími zdroji financování jsou především úhrady od uživatelů služeb, jejichž výše je stanovena vyhláškou MPSV a dále vlastní prostředky samospráv a popřípadě další zdroje (např. sponzorské dary).

Od 1. ledna 2007 došlo k zásadní změně ve financování sociálních služeb, zejména zavedení institutu „příspěvek na péči“. Financování pobytových sociálních služeb na základě účinnosti Zákona 108/2006 Sb., směřuje k získávání části finančních prostředků z příspěvku na péči, který je uživateli poskytován ve výši odpovídající zjištěné míře jeho závislosti na péči jiné osoby. Příspěvek na péči je poskytován všem oprávněným osobám bez ohledu na to, zda je jim pomoc zajišťována s využitím přirozených zdrojů, zejména rodiny, nebo poskytovatelem sociálních služeb. Použití příspěvku na péči umožní uživateli hradit většinou část nákladů poskytované služby. Tento model financování sociálních služeb předpokládá dofinancování celkových nákladů poskytované služby ze státního rozpočtu a rozpočtů obcí a krajů. Veřejným rozpočtům se tak umožní flexibilnější financování potřebné sítě sociálních služeb než doposud. Rozhodnutí o charakteru a rozsahu místní či regionální sítě sociálních služeb bude vycházet ze zpracovaných střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb.

Jak vyplývá ze statistik, kapacita ústavní péče v ČR neustále roste. Tyto statistiky ovšem neukazují vývoj v ústavech, které již přešly na cestu transformace.

POČET VYBRANÝCH ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍ PÉČE 2005¹

Druh zařízení	Počet
Domov důchodců	381
Domov - pension pro důchodce	151
DD + DPD společné zařízení	11
Ústav pro TP dospělé občany	8
Ústav pro TP dospělé občany s přidruženým MP	7
Ústav pro MP dospělé občany	84
Ústav pro chronické alkoholiky a toxikomany	8
Ústav pro chronické psychotiky a psychopaty	8
Ústav pro MP mládež	128
Ústav pro TP mládež s přidruženým MP	18
Ústav pro TP mládež s více vadami	12

¹ Údaje za rok 2006 budou k dispozici ve 2 pololetí roku 2007.

Počet čekatelů na umístění do zařízení v roce 2005	Kapacita	čekatelé
Domov důchodců	38 023	43 187
Domova-penzion pro důchodce	11 701	17 304
ÚSP-TP dospělí	526	288
ÚSP-TP mládež	611	21
ÚSP-TP s přidruženým MP dospělí	479	166
ÚSP-TP s přidruženým MP mládež	1 069	87
ÚSP-TP s více vadami dospělí	388	46
ÚSP-TP s více vadami mládež	453	1
ÚSP-MP dospělí	7 347	611
ÚSP-MP mládež	8 629	285
Smyslově postižení dospělí	275	85
Chroničtí alkoholici a toxikomani	368	74
Chroničtí psychotici a psychopati	890	366

Zdroj: statistická ročenka MPSV 2005

Z uvedených čísel je jasný převis poptávky nad nabídkou. Vysoká poptávka ovšem neukazuje zájem způsobený kvalitou nabízené služby, ale spíše neexistenci odpovídajících alternativních služeb umožňujících život v přirozeném prostředí. Převis poptávky je také navýšen díky podávání žádostí takzvaně „pro jistotu“ ve snaze si do budoucna zajistit nedostatkovou službu bez ohledu na stávající i budoucí skutečné potřeby. Doprovodným jevem je také nedostatečná informovanost o alternativních sociálních službách.

Přijímání do ústavní sociální péče je v ČR nyní stanoveno vyhláškou č. 182/1991 Sb.² v platném znění. Probíhá na podkladě žádosti občana o ústavní sociální péči. Jde-li o nezletilé žadatele nebo občany zbavené způsobilosti k právním úkonům, podává žádost jejich zákonný zástupce.

Řízení o přijetí může být zahájeno též z podnětu obce, zdravotnického zařízení, občanského sdružení, církve nebo charitativní organizace. Pokud žadatel splňuje podmínky pro přijetí do ústavu a ve vhodném ústavu je volné místo,

² Vyhláška ministerstva práce a sociálních věcí České republiky č. 182/1991 Sb. ze dne 26. dubna 1991, kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení

rozhodne se o jeho přijetí. V případě, že není ve vhodném ústavu volné místo, rozhodne se o zařazení žádosti do pořadníku čekatelů.

S nabytím účinnosti Zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách bude zájemce o službu přijímat poskytovatel služby na základě žádosti o uzavření smlouvy o poskytnutí sociální služby. Pokud zájemce o službu bude odpovídat cílové skupině, kterou zařízení uvede jako svou cílovou skupinu při registraci a poskytovatel bude mít volnou kapacitu, bude uzavřena smlouva o poskytování sociálních služeb. Jedinou výjimkou je situace, kdy bude zájemce o službu kontraindikován k poskytování sociálních služeb podle prováděcího předpisu k zákonu o sociálních službách, tzn. dle vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Jedním z možných důsledků povinnosti poskytovatelů specifikovat svou cílovou skupinu bude velmi detailní specializace jednotlivých zařízení sociálních služeb. Naopak ale dostává zájemce o službu možnost svobodně si volit zařízení, které odpovídá jeho potřebám a výběru může jasná specifikace významně pomoci.

Personální zajištění činnosti ústavních zařízení sociální péče v ČR je přibližně v poměru 1:1,5 v počtu pracovníků na uživatele. Je nutné upozornit, že v tomto poměru jsou započítáni všichni pracovníci zařízení včetně například údržbářů, administrativních pracovníků, uklízeček a kuchařů, kteří se nezabývají přímou péčí o obyvatele. Jeden pracovník v přímé péči se věnuje přibližně 3 až 15 uživatelům. Nízký počet zaměstnanců vykonávajících přímou péči je jedním z hlavních důvodů nízké kvality života obyvatel ústavů.

Existují odchylky oběma směry, nižší počty pracovníků jsou ovšem běžné. Podle zprávy Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí Brno z roku 2005 „Kvalifikace pracovníků v sociálních službách“ je převládající pracovní pozicí „pečovatelka“, značný je však i výskyt pracovních zařazení, které by se mohly souhrnně označit jako „zdravotnická“, tj. zdravotní sestra, ošetřovatel - ošetřovatelka a sanitář - sanitářka. Dosažená kvalifikace u pracovníků v přímé péči, jejichž počet je v ústavních zařízeních sociální péče nejfrekventovanější je v 69% pečovatelek pouze základní vzdělání doplněné kurzy.

V domovech důchodců je značná heterogenita personálu – jsou zde významně zastoupena všechna pracovní zařazení a lze říci, že v případě některých

z nich jako např. pozice „aktivizátora“, „zdravotní sestry“ a „fyzioterapeuta“ je výskyt zaznamenán převážně v tomto typu pobytového zařízení.

V přímé souvislosti s nízkou odbornou kvalifikací personálu v přímé péči hovoří autoři výzkumu právě o převažujícím „materiálním“ (hygiena, strava) způsobu péče. Lze říci, že tento druh péče probíhá na úkor uspokojování komplexu nemateriálních potřeb uživatelů. Podíl sociálních pracovníků je v ústavní péči silně poddimenzován a kvalifikovaní sociální pracovníci se v ústavech vyskytují jen ve velmi nízkém počtu. Často jsou zaměstnáni pouze v managementu zařízení a nikoli v přímé práci s uživatelem.

V rámci činnosti občanských iniciativ, nestátních neziskových organizací a podobných organizací jsou poskytovány více terénní a ambulantní sociální služby. Při zajišťování finančního zabezpečení těchto pracovišť se poskytovatelé uchází o podporu formou grantů či dotací. Problémem je rozšířený jednoletý dotační cyklus způsobený vazbou na státní rozpočet. Nevýhodou jednoletého financování je i neustálé udržování nejistoty v kontinuitě státní podpory. Víceleté financování nově umožňuje podpora z Evropského sociálního fondu a také je poskytují některá města a obce. I přes změnu legislativy není v České republice komerční sféra dostatečně motivována, aby se podílela na zajišťování sociálních služeb.

Hlavním cílem **zákona o sociálních službách** je podporovat proces sociálního začleňování a sociální soudržnost společnosti. Zákonem stanovené principy určují základní rámec pro transformační proces podporovaný touto Koncepcí.

Podle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách bude poskytována pomoc:

- 1) dostupná - z hlediska typu pomoci, územní dostupnosti, informační dostupnosti a v neposlední řadě také z hlediska ekonomických možností uživatelů,
- 2) efektivní – bude uzpůsobena tak, aby vyhovovala potřebě člověka a nikoliv „potřebám“ systému,
- 3) kvalitní – bude zabezpečována způsobem a v rozsahu, který odpovídá současnému poznání a možnostem společnosti,
- 4) bezpečná – bude zabezpečována tak, aby neomezovala oprávněná práva a zájmy osob,

5) hospodárná – bude zabezpečována tak, aby veřejné i osobní výdaje používané na poskytnutí pomoci v maximálně možné míře pokrývaly objektivizovaný rozsah potřeb.

Nový zákon vytváří systém registrací sociálních služeb, který přinese úplný přehled o sociálních službách v České republice. Díky povinné registraci bude možné detailně sledovat vývoj nabídky sociálních služeb, a to na celostátní i regionální úrovni.

3.1 Zahraniční zkušenosti

Procesy deinstitucionalizace probíhají v jednotlivých státech EU, ale také například v USA a na Novém Zélandu již od 70. let minulého století. Vyspělé evropské země, zejména původní členské státy EU, nemají k procesu změn v oblasti sociálních služeb vždy stejný přístup.

Obecné trendy jsou konfrontovány s národními zvyklostmi, ekonomickou situací apod. Všechny evropské státy se také zabývají možnostmi podpory osob se zdravotním postižením, které vyrovnají jejich příležitosti žít život maximálně samostatně a účastnit se ekonomického, společenského a kulturního života společnosti, tedy zejména bydlet v přirozeném sociálním prostředí, vzdělávat se a pracovat. Reforma, jejímž cílem bylo podporovat nezávislý život osob se specifickými potřebami v komunitě a zajistit nabídku integrovaných služeb soustředěných na klienta, je realizována v působnosti jednotlivých států.

Příklady dobré praxe reprezentují zejména příklady Švédska, USA, Nového Zélandu a Velké Británie. Například ve Švédsku a USA bylo politické rozhodnutí transformovat pobytové zařízení zapracováno do příslušných zákonů. Rozpouštění a transformace residenčních zařízení v alternativní druhy služeb, které nejsou podpořeny jednoznačným národním politickým rozhodnutím, jsou realizovány např. v Německu a Chorvatsku.

Z jednání zasedání European Coalition for Community Living s názvem „Právo žít v komunitě“, konaného dne 17. 5. 2006 v Bruselu, kde se sešli přední evropští odborníci na proces transformace a zástupci zemí, kde je proces transformace již realizován, vyplynulo, že největší obavy a odpor ke změně jsou zaznamenávány ze strany rodin uživatelů a zaměstnanců zařízení. Dále je vnímán častý odpor ze strany

zaměstnaneckých odborů a spolupracujících ekonomických subjektů, zejména pak dodavatelů, kteří jsou soustředěni v okolí ústavu.

Samotné uzavření nebo reprofilace ústavu je ale možné pouze v případě, je-li vytvořena dostatečná síť alternativních služeb v komunitě. Relativně nejsnazší cesta k tomuto cíli vede přes podporu stávající poskytovatelů ústavní péče v transformaci poskytovaných služeb na služby chráněného bydlení nebo podporovaného bydlení, vždy však s možností využití běžné sociální infrastruktury. Takto pojatá transformace poskytne zaměstnancům ústavů nové pracovní příležitosti. Proces transformace musí také nabídnout možnosti dostatečného odborného vzdělávání.

Základy života uživatelů sociálních služeb v běžné komunitě lze podle evropských zkušeností generalizovat v následujících charakteristikách:

- u chráněného bydlení nebo služby podpory samostatného bydlení je nutné udržovat nízký počet uživatelů v jednom bytě,
- uživatelé bydlí v běžné zástavbě,
- je podporována realizace běžných denních aktivit (práce, chráněná dílna, apod.),
- je podporována kvalita denního života uživatelů (respekt spoluobčanů, ekonomická nezávislost),
- je umožněno využívání dalších veřejných služeb.

Již od konce minulého století v České republice probíhá diskuse k tomuto tématu i ojedinělé počátky deinstitucionalizace. Bylo úspěšně realizováno „rozpuštění ÚSP v Horní Poustevně“ do alternativního komplexu služeb, církevní a nestátní neziskové organizace poskytují služby chráněného a podporovaného bydlení. U některých krajů, například Libereckého a Středočeského kraje, se setkáváme také s počátky systémového přístupu k transformaci ústavních zařízení. Vhodnou alternativou byl také vznik chráněného bydlení občanského sdružení Portus ve Slapech nad Vltavou pro obyvatele ústavu sociálních služeb Horní Maxov.

4. KONCEPCE PODPORY TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

4.1 Časový horizont koncepce

Proces transformace sociálních služeb bude probíhat v období několika následujících desítek let v kontextu přirozeného vývoje pobytových sociálních služeb.

Časový rámec podpory transformace obsažený v tomto dokumentu bude probíhat v rámci období 2007 – 2013. Tento časový interval také odpovídá programovacímu období čerpání finančních prostředků ze strukturálních fondů Evropské unie.

Na konci tohoto období bude provedeno zhodnocení celého procesu podpory a bude vypracována koncepce na další období.

Aktivity metodické podpory transformace je nutné vést dvěma základními směry. Těmi budou podpora transformace zařízení sociálních služeb pro seniory a podpora transformace zařízení sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením. Problematika těchto dvou cílových skupin je natolik odlišná, že je nutné podporované aktivity přizpůsobit specifickým potřebám obou cílových skupin a jednotlivým typům pobytových zařízení, jejichž hlavními nositeli jsou v dnešní době ústavy sociální péče a domovy důchodců.

4.2 Koncepce podpory transformace ústavní sociální péče pro osoby se zdravotním postižením

Cílem transformace ústavní sociální péče pro osoby se zdravotním postižením, především mentálním a duševním, je vytvořit koordinovanou síť služeb pro uživatele umožňujících život v přirozené komunitě a minimalizovat dosud preferovaný způsob poskytování sociální služby prostřednictvím ústavní sociální péče. V souladu s právem každého člověka na kvalitní život a také s vývojem v ostatních zemích EU je nutné umožnit lidem se zdravotním postižením žít v přirozené komunitě s podporou vycházející podle individuální míry a rozsahu jejich potřeb. Znamená to především změnu dotační politiky v oblasti investic, a to odklon od rozsáhlého budování *ústavní sociální péče a větší podpora investic do rozvoje terénních a ambulantních služeb*. Dále to znamená zaměřit se na *humanizaci stávajících pobytových zařízení* a jejich postupné „rozpouštění“ *do přirozené sítě služeb v komunitě*. **Přesměrování investic** by mělo vycházet z principu podpory takových sociálních služeb, které umožní lidem dosud užívajícím institucionalizovanou ústavní péči cestu do přirozených komunit a navazovat na regionální plány rozvoje sociálních služeb. Je nutné umožnit lidem se zdravotním postižením, kteří budou závislí na pomoci jiné osoby, využít takovou sociální službu, která je z přirozené komunity nevyčlení, jak se to děje v případě ústavní sociální péče. Místo výstavby nebo nákladné rekonstrukce stávajících ústavních zařízení

budou finanční zdroje směřovány k podpoře vzniku *chráněných bytů a domů v přirozené zástavbě*.

Klíčovým finančním zdrojem pro transformační kroky v pobytových zařízeních sociálních služeb jsou v programovacím období 2007 – 2013 **prostředky z evropských fondů**.

Humanizace stávajících pobytových zařízení znamená změnu v zaměření se na uživatele služby jako individuality a z toho plynoucích činností. Účinným nástrojem v individualizaci péče jsou *standardy kvality v sociálních službách*, jejichž proces zavádění je třeba podporovat především v oblasti ústavní sociální péče. Při důsledném naplňování principů kvality v sociálních službách bude docházet k pozitivním změnám v odbornosti, kvalitě a individualizaci poskytované služby. V přístupu k uživateli se bude měnit poměr mezi péčí a podporou ve prospěch podpůrných činností. *Podpora* vede člověka k možnosti využití vlastních kapacit a sebeaktivaci, *péče* naopak může zvýšit závislost člověka na pečovateli. Míra podpory závisí na skutečných potřebách člověka, vychází z jeho úrovně psychomotorického vývoje, kvalitní odborné diagnostiky, poznání jeho osobnosti a cílů vytvořeného osobního plánu rozvoje.

Jedním z prvních důležitých kroků je přehodnocení osobní situace každého jednotlivého uživatele sociální péče. Přehodnocení by mělo proběhnout formou na člověka orientovaného individuálního plánování, které vychází nejen z osobních představ uživatele a ze zjištěné míry a formy potřebné podpory. Následným krokem by mělo být *prověření diagnóz a medikace všech současných uživatelů ústavní sociální péče* (komplexní diagnostika u lidí s mentálním postižením obsahuje diagnostiku neurologickou, psychiatrickou, psychologickou, pedagogickou a sociální a stanovení úrovně psychomotorického vývoje). Na základě této komplexní osobní analýzy musí být vytvořeny *plány péče a podpory*, které by měli odrážet osobní představu jednotlivých uživatelů o vlastním životě i jejich individuální potřeby a které budou současně podporovat sociální začleňování a běžný styl života, *stimulační plány psycho-motorického vývoje, plány terapeutického působení a posouzení možnosti a způsobu školní docházky nebo individuálního vzdělávání* (včetně jeho zajištění) a možnosti *přípravy uživatelů na zaměstnání* a následné *zajištění zaměstnání*.

Dalším nezbytným krokem je revize *naplňování lidských a občanských práv uživatelů*, zejména ve vztahu ke *způsobilosti k právním úkonům* a ve vztahu

k opatrovnictví. V České republice se stalo běžnou zvyklostí zbytečné omezování občanských práv lidí s mentálním postižením – uživatelů pobytové sociální péče. Jsou zbavováni způsobilosti k právním úkonům a opatrovníkem bývají ustanovena zařízení, jejichž služby využívají. Tento stav si vyžaduje pozornost a revizi.

„Deinstitucionalizace“ ústavní péče do přirozené sítě služeb v komunitě spočívá v podpoře rozvoje služeb, které umožní svým uživatelům nejvyšší možnou míru variabilního života, srovnatelného s vrstevníky. Jde především o služby *chráněného bydlení, osobní asistence a také služby podpory samostatného bydlení*. Nedílnou součástí tohoto procesu je zajištění následných podpůrných občanských služeb, poskytovaných člověku se zdravotním postižením přímo v přirozené komunitě. Tyto služby programově pomáhají klientům na cestě k zařazení do běžné společnosti. Rozvoj chráněného a podporovaného bydlení předpokládá zvýšení zájmu místních společenství o své občany se specifickými (zvláštními) potřebami.

Proces transformace je nutné dále podpořit dostatečnou publicitou daného problému a uspořádáním informační kampaně. Důležitou aktivitou je vytváření finančních nástrojů podporujících překonávání souvisejících negativních dopadů (zejména pocitů ohrožení ztrátou zaměstnání u současných pracovníků ústavů sociálních služeb).

U těch klientů, kteří již mají schopnosti samostatně bydlet je nutné co nejdříve zajistit samostatné bydlení. Umístění uživatelů do bytových jednotek musí odpovídat všeobecně uznávaným normám ubytování v domech v běžné zástavbě. V případě lidí, kteří pobývali delší dobu v ústavním zařízení, je nutné na celý proces vypracovat plány jejich osobního rozvoje a začleňování do komunity a analýzu rizik. Tyto plány umožní hladký průběh postupného opouštění „ústavního“ pečujícího prostředí, prostřednictvím předem naplánovaných postupných kroků, kladoucí zvyšující nároky na samostatnost člověka. Vlastní příprava na začlenění uživatele do komunity obsahuje i prvky přípravy terénu na jeho facilitované přijetí vyžadující spolupráci s veřejnými institucemi a se zajištěním sítě občanské vybavenosti.

Již dnes je jasné, že určitá část uživatelů bude potřebovat péči pobytových služeb. Tyto služby musí být poskytovány tak, aby se přirozenému prostředí co nejvíce přibližovaly. Tento požadavek je charakterizován především malou kapacitou zařízení (snížit kapacitu zařízení v souladu s dobrou praxí EU, podle níž by počet obyvatel jednotlivých bytů či budov měl odpovídat velikosti malé skupiny jako je například velikost rodiny či školní třídy), vybavením (zařízení ani oblečení personálu

nesmí připomínat nemocnici), režimem a způsobem života klientů (individualizovaný režim) a umístěním v běžné zástavbě. Vždy i u těchto služeb musí být centrem zájmu uživatel.

Základní ideou pobytové sociální služby pro osoby se zdravotním postižením je poskytování sociálních služeb v malých bytových jednotkách, jejichž management a technické zázemí (např. vedení organizace či zajištění stravování) je možné centralizovat v rámci aktivit jednoho poskytovatele umístěných v běžné zástavbě. Na základě volby poskytovatele budou tato centra mít registraci na jeden nebo více typů sociálních služeb a ve svých ubytovacích kapacitách budou moci poskytovat celou škálu služeb podle individuálních potřeb uživatelů. Poskytování více druhů služeb jedním poskytovatelem by mělo vést ke komplexnímu a také ekonomicky udržitelnému poskytování sociálních služeb podle individuálních potřeb uživatelů. Podle modelu těchto center služeb již nyní fungují některé chráněné byty, či domovy pro zdravotně postižené včetně návazných služeb, kterými jsou například poskytování podporovaného bydlení, denní či týdenní stacionář nebo respitní pobyt.

Cílovým stavem integrace do společnosti je respektování práva občana – *právo uživatele sociálních služeb na rovné příležitosti a možnost svobodného rozhodování o otázkách běžného života*. Role obce a obecního úřadu v procesu transformace je zejména inicializační a koordinační. Pro zajištění pomoci a sociálních služeb může obec využít i jiné subjekty. Ze stávajících ústavů sociální péče vzniknou nová zařízení, která budou poskytovat přiměřené služby pro jejich uživatele a budou iniciovat vznik regionálních služeb pro lidi se zvláštními potřebami. Důležitý úkol budou mít zařízení také v obhajobě práv lidí s postižením.

Prostřednictvím plánování sociálních služeb bude vytvořen koordinovaný systém služeb, umožňujících život v přirozené komunitě a dostupný pro všechny potřebné.

Střednědobé plány rozvoje sociálních služeb by měly zajistit, aby síť sociálních služeb zahrnovala všechny nezbytné prvky umožňující lidem s postižením setrvat, nebo se vrátit do přirozeného prostředí. Komplex služeb by měl zahrnovat zejména terénní služby typu raná péče, osobní asistence nebo podpora samostatného bydlení, různé typy odlehčovacích služeb, pobytové služby typu chráněného bydlení, služby podporující pracovní uplatnění, kombinující zdravotní a sociální služby jako je home care.

Proces transformace je časově náročný proces, který i v maximálně motivovaném ústavním zařízení bude trvat léta. Přesto anebo právě proto je nutné začít s některými změnami ihned. Jde zejména o různá opatření zvyšující míru soukromí obyvatel, zvyšování citlivosti k dodržování lidských i občanských práv uživatelů, realizace programů podpory soběstačnosti a využívání možnosti zapojení uživatelů do místního a ekonomického života obce.

4.3 Koncepce podpory transformace sociálních služeb pro seniory

Pro proces transformace zařízení pro seniory platí mnoho z toho, co bylo popsáno výše. Při plánování a poskytování sociálních služeb pro seniory je také nutné přihlížet k jejich individuálním potřebám a stanovit nutnou míru péče a podpory ve chvíli, kdy to tito uživatelé potřebují. Přesto existují specifické okolnosti dané cílovou skupinou a k těm je nutné při implementaci této koncepce přihlížet.

Z dosavadních odborných poznatků vyplývá, že u osob nad 75 let věku vzrůstá poptávka po sociálních službách spojená s postupně se objevující závislostí na pomoci druhé osoby. Potřeba péče a podpory přichází nejen z důvodů somatického nebo psychického onemocnění, ale také ze sociálních a ekonomických dopadů postproduktivního věku. Demografické trendy signalizují, že seniorů ve věku 65 až 79 let bude po roce 2010 výrazně přibývat. Předpokládá se, že v budoucnosti budou velmi staří lidé (80+) delší dobu samostatní a intenzivní péče se bude stále více zaměřovat na závěrečnou část života. Se vzrůstajícím počtem seniorů bude proti dnešku více starých lidí potřebovat intenzivní péči a podporu v důsledku ztráty samostatnosti.

Péče o seniora nyní je dělena mezi rodinu a mezi formální organizace, a velikost tohoto podílu je variabilní. Velké procento péče o seniory je v současnosti zajišťováno ústavní sociální péčí – domovy důchodců. Významným problémem jsou velká ústavní zařízení, kde je obtížné realizovat skutečnou individuální péči a podporu zaměřovat individuálně přímo na konkrétního klienta. Umístění do ústavního zařízení často znamená ztrátu autonomie a motivace k různým činnostem, které byly dříve součástí každodenního života. V těchto zařízeních je velmi obtížné naplňovat moderní principy poskytování sociálních služeb a metod sociální práce zaručující dodržování lidských práv. Tato velká zařízení zejména ve velkých městech získávají v posledních letech spíše podobu „nemocničního“ zařízení a ztrácejí rozměr sociální.

Hlavním cílem tohoto dokumentu v oblasti sociálních služeb pro seniory je podpora humanizace stávajících ústavních zařízení, postupná restrukturalizace směřující k malým bytovým jednotkám v běžné zástavbě a podpora takových služeb, které umožní seniorům co nejdéle zůstat v jejich přirozeném prostředí. Přirozené prostředí je nezbytné chápat jako životní prostor, který představuje kromě bydlení samotného, zejména rodinné vazby a síť sociálních kontaktů vázaných na dané místní společenství. Díky podpoře sociální služby vycházející z individuálních potřeb uživatele tak může senior žít kvalitním a plnohodnotným životem ve vlastním domově, případně v zařízení sociálních služeb, jejíž forma poskytování odpovídá životu v přirozeném prostředí.

Bariérou pro život seniora v běžných podmínkách je nedostatečně dostupná síť terénních a ambulantních sociálních služeb. Uživatel, pečující osoby a rodina bývají nedostatečně informováni o vhodných alternativách řešení nepříznivé sociální a zdravotní situace. Prioritou politiky sociálních služeb pro seniory je zkvalitňování a integrace sociálních služeb pro seniory a to zejména v oblasti sociálně zdravotní.

Investice v sociálních službách pro seniory by měly být směřovány k zajišťování individuální péče a podpory domácími pečujícími, terénními a ambulantními sociálními službami a humanizovanými sociálními službami pobytového typu (nízkokapacitní pobytové zařízení, podpora samostatného bydlení), jejichž směřování je cestou k malým bytovým jednotkám.

Specifické podmínky je potřeba zohlednit u zvláště ohrožené a stále početnější skupině seniorů – lidí s omezenými rozumovými a vyjadřovacími schopnostmi, např. seniorů trpících různými formami demence, u kterých je v pobytových zařízeních nejvyšší riziko nerespektování práv a nepochopení jejich individuálních potřeb.

Pro stávající residenční zařízení a jejich obyvatele v procesu deinstitutionalizace bude klíčové zaměření na humanizaci služby, to znamená především přiblížení podmínek běžnému životu v přirozeném prostředí, snižování závislosti na péči, zkvalitňování poskytovaných služeb a vznik a rozvoj programů a projektů prevence institucionalizace.

4.4 Možné překážky realizace procesu transformace ústavní sociální péče v České republice

Vlastní transformace sociálních služeb má zejména tři zásadní překážky. Jsou to obavy z nedostatku finančních prostředků na provedení transformace, odpor proti změně a otázky využití stávajících ústavních zařízení.

I když je možné předpokládat, že vlastní výsledek transformace přinese úspory v celkovém rozpočtu sociálních služeb, samotný proces transformace může ve svých počátečních stádiích znamenat navýšení nákladů. Jedná se zejména o vstupní náklady při vytváření nových služeb, na financování nemovitostí, ze kterých postupně budou uživatelé odcházet a ještě nedojde k jejich jinému využití nebo prodeji, a případně i financování podpůrných programů. Tyto náklady však bude možné minimalizovat, a to zejména promyšleným managementem změny a důsledným plánováním rozvoje sociálních služeb v daném regionu metodou komunitního plánování. Reálnost těchto myšlenek dokládají procesy v jednotlivých krajích.

Do finančních kalkulací je také nezbytné započítat možnou změnu toků finančních prostředků závislých na vůli jednotlivců pobírajících příspěvek na péči, která může i bez procesu transformace výrazně změnit situaci v příjmové oblasti některých pobytových zařízeních.

První dotčenou skupinou lidí, kterým transformace změní život, jsou vlastní uživatelé sociálních služeb a jejich rodiny. Uživatelé však nemusí ve všech případech vnímat transformační snahy jako pozitivní. Častá nedostatečná informovanost nebo neznalost jiných typů sociálních služeb může v uživateli vyvolávat obavy ze ztráty stávajících životních jistot. Pro uživatele je velmi obtížné si v těchto případech představit něco neznámého a odlišného a tato obava může v uživateli vyvolat velké úzkosti a zesílit vazbu na stávající typ služby, ať je jeho kvalita jakákoli. Z tohoto důvodu je nutné směřovat prvotní úsilí společnosti k práci s touto obavou a posílit pocit jistoty v celém procesu. Stejně tak musí být pracováno s rodinou, která nemusí být připravena, možná ani schopna přijmout svého handicapovaného člena zpět do rodiny, navíc jako rovnoprávného člena. Pro tento požadavek není společné bydlení, jak by se mohlo na první pohled zdát, podmínkou, neboť většina klientů se učí žít ve vlastní domácnosti. Je vhodné se zaměřit mimo jiné na individuální práci sociálního

pracovníka, zaměstnanců ústavu, ze kterého se handicapovaný člen rodiny vrací, i dalších osob s rodinou i klientem.

Transformace zásadním způsobem změní život nejen samotným uživatelům, ale také personálu současných zařízení a lidem v jejich okolí i celé společnosti. I když navržená opatření počítají s udržení nebo dokonce s navýšením pracovních míst v regionech, mohou být přesto vnímána jako práci ohrožující a proto personálem odmítána. Zásadní skutečností může být také to, že v některých oblastech je v jednom ústavu v pracovním poměru i několik členů z jedné rodiny, která je tak na příjmech z této práce životně závislá. Transformace se tak pro celé rodiny stává významnou hrozbou. A přitom právě kvalitní personál je nosným segmentem celého transformačního procesu. Neopomenutelnou součástí začátku celého procesu musí být práce s personálem, jeho vzdělávání a přesvědčování o smyslu a důležitosti procesu transformace. Podpora bude směřovat nejen k zaměstnancům, ale i na vznik podnikatelských aktivit v oblasti poskytování sociálních služeb např. osobní asistence, pečovatelská služba. Rozvíjet by se měly také další návazné služby veřejného zájmu, jako například údržba nebo administrativní služby.

Vedle pracovníků a jejich rodin se může strach z negativních dopadů transformace projevit i u ostatních lidí z okolního obyvatelstva. Například živnostníci, profitující z velké koncentrace lidí okolo zařízení, mohou být procesem ohroženi. Strach ze ztráty různých jistot či výhod mohou vyvolat silný odpor, projevující se v místních iniciativách. Tento odpor může významně omezit účinná mediální kampaň zaměřená na místní obyvatele a vyvracející jejich obavy. V plánech transformačních procesů v jednotlivých lokalitách bude nutné pamatovat i na podpůrná opatření tyto dopady zmírňující.

Činnost obcí by měla být soustředěna na sociální práci, zejména v oblasti poradenství, která pomáhá lidem v nepříznivé sociální situaci s důrazem na sociálně právní pomoc, ochranu a obhajobu.

5. CÍLE A OPATŘENÍ

Základními principy transformace, které jsou společné oběma cílovým skupinám, jsou - princip humanizace, princip individualizace a princip služby v přirozeném prostředí člověka.

5.1 Cíl 1 - Zvýšit informovanost o procesu transformace institucionální péče pro osoby se zdravotním postižením a seniory

Opatření:

5.1.1. Připravit všeobecnou mediální kampaň o procesu transformace institucionální péče zaměřenou zejména na tyto oblasti: život doma i v komunitě, život v ústavu, humanizace, lidská a občanská práva, důstojnost, kvalita služby. Kampaň bude zaměřena na veřejnost, veřejnou správu, poskytovatele sociálních služeb a souvisejících služeb.

Poskytovat informace o transformaci institucionální péče prostřednictvím současných residenčních zařízení, stejně tak prostřednictvím zájmových organizací.

Provede: MPSV

Termín: 2007-2008

5.1.2 Uspořádat 2 celostátní konference k procesu transformace institucionální péče pro osoby se zdravotním postižením a seniory.

Provede: MPSV

Termín: 2007-2008

5.1.3 Zajistit vzdělávání poskytovatelů sociálních služeb, zadavatelů a dalších subjektů v procesu transformace institucionální péče pro osoby se zdravotním postižením a seniory.

Provede: MPSV

Termín: 2007-2008

5.1.4 Provést výzkum a analýzy stavu institucionální péče v České republice.

Provede: MPSV

Termín: 2007-2008

5.1.5 Změnit složení údajů sledovaných ve statistickém sledování, které provádí a prostřednictvím statistických ročenek zveřejňuje MPSV .

Provede: MPSV

Termín: 2007

5.2 Cíl 2 Vytvořit systém vertikální a horizontální spolupráce mezi všemi dotčenými subjekty (relevantními aktéry) procesu transformace institucionální péče (jedná se zejména o následující subjekty: státní správa a samospráva, poskytovatelé sociální služeb, uživatelé sociálních služeb, sociální partneři)

Opatření:

5.2.1 Zapracovat problematiku deinstitucionalizace a humanizace služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením do konceptu celoživotního vzdělávání úředníků regionální a místní správy.

Provede: MPSV ve spolupráci s MV

Termín: 2008

5.2.2 Vypracovat metodiky zaměřené na aktivity vycházející z problematiky transformačního procesu.

Provede: MPSV

Termín: 2008

Spolupráce: státní správa a samospráva, poskytovatelé sociální služeb, uživatelé sociálních služeb, MMR, MZ, MŠMT

5.2.3 Připravit systém poskytování metodické podpory v procesu transformace institucionální péče pro osoby se zdravotním postižením a seniory poskytovatelům a zadavatelům sociálních služeb .

Provede: MPSV

Termín: 2007

5.2.4 Vytvořit koordinační a expertní platformu složenou ze zástupců relevantních subjektů určenou k podpoře procesu transformace.

Provede: MPSV

Termín: 2007

5.2.5 Zmapovat a průběžně informovat o domácích a zahraničních příklady dobré praxe a zajistit efektivní systém výměny zkušeností a odborných poznatků z oblasti humanizace.

Provede: MPSV

Termín: 2007-2013

5.2.6 Vytvořit manuál dobré praxe v oblasti architektonického řešení exteriéru a interiérového zařízení prostorů, kde lidé se zdravotním postižením a senioři žijí.

Provede: MPSV

Termín: 2008

Spolupráce: kraje, MMR

5.2.7 Vytvořit systém podpory programů usnadňujících sociální začleňování v konkrétních komunitách.

Provede: MPSV

Termín: 2007-2013

5.2.8 Zapracovat problematiku deinstitucionalizace a humanizace sociálních služeb do procesu střednědobého plánování sociálních služeb.

Provede: MPSV ve spolupráci s kraji

Termín: 2007-2013

5.3 Cíl 3 Podpora poskytovatelů sociálních služeb, jejich zaměstnanců a dalších subjektů při transformaci institucionální péče zejména směrem k poskytování sociálních služeb v souladu s individuálními potřebami uživatelů služeb prostřednictvím dotačních programů.

Opatření:

5.3.1 Zaměřit investiční dotační programy tak, aby podporovaly výstavbu pouze pobytových zařízení s humanizujícími prvky, tj. zejména kapacita zařízení do 40 uživatelů, umístění zařízení v přirozené komunitě a dodržující soukromí a zájmy jednotlivých uživatelů, a to formou výstavby nových nebo rekonstrukcí starých zařízení.

Provede: MPSV

Termín: průběžně od 2008

Spolupráce: kraje, regionální rady

5.3.2 Zaměřit dotační programy tak, aby podporovaly rozvoj terénních a ambulantních služeb, které umožňují uživatelům setrvání v přirozeném prostředí.

Provede: MPSV

Termín: 2007–2013

5.3.3 Provést analýzu státní dotačních programů a programů financovaných z EU zaměřených na cílové skupiny s cílem sjednotit přístup jednotlivých resortů v rámci řešené problematiky.

Provede: MPSV

Termín: 2007

Spolupráce: kraje, regionální rady, MMR

5.4 Cíl 4 Podporovat proces zkvalitňování životních podmínek uživatelů stávajících ústavních zařízení sociální péče

Opatření:

5.4.1 Podporovat proces zavádění standardů kvality do zařízení sociálních služeb.

Provede: MPSV

Termín: 2007–2013

5.4.2 Vytvořit systém (metodiku) individuálního posouzení situace uživatelů stávajících pobytových zařízení za účelem nalezení a uplatnění možností zkvalitnění jejich života.

Provede: MPSV ve spolupráci MZ a MŠMT Termín: 2007

5.4.3 Ve spolupráci s kraji zajistit dostupnost a úzkou spolupráci odborníků, kteří budou schopni provádět odbornou diagnostiku – zejména neurologickou, psychiatrickou, psychologickou, sociální, pedagogickou.

Provede: MPSV ve spolupráci MZ

Termín: 2007–2013

5.4.4 Vytvořit systém (metodiku) přechodu uživatelů do jiných typů služeb včetně úplného opouštění sítě sociálních služeb.

Provede: MPSV

Termín: 2007–2009

- 5.4.5 Vytvořit systém (metodiku) a program přípravy a vzdělávání zaměstnanců na podporu poskytování služeb podle individuálních potřeb uživatelů zaměřené na přechod do nového systému poskytování sociálních služeb .

Provede: MPSV

Termín: 2007–2009

5.5 Cíl 5 Podpora naplňování lidských práv uživatelů pobytových sociálních služeb a jejich práva na plnohodnotný život srovnatelný s vrstevníky, žijícími v přirozeném prostředí.

Opatření:

- 5.5.1 V návaznosti na obnovení důsledné odborné, včasné a multidisciplinární diagnostiky u všech uživatelů zrevidovat náhled na situace zbavování nebo omezování způsobilosti k právním úkonům.

Provede: MPSV ve spolupráci s MS

Termín: 2007–2013

- 5.5.2 Zpracovat právní a věcnou analýzu současného stavu praxe v procesu ustanovování opatrovnictví se zvláštním důrazem na lidskoprávní oblast.

Provede: MS ve spolupráci s MPSV a Úřadem vlády – vládním zmocněncem pro lidská práva

Termín: 2007

- 5.5.3 Informovat soudy a soudní znalce o procesech humanizace pobytových sociálních služeb a lidskoprávních aspektech s tím souvisejících.

Provede: MS ve spolupráci s MPSV

Termín: 2007–2013

- 5.5.4 Zajistit důslednou sociologickou a právní analýzu problematiky opatrovnictví včetně metodického zajištění této problematiky.

Provede: MPSV ve spolupráci s MS

Termín: 2007–2013

- 5.5.5 Vytvořit vzdělávací program zaměřený na kvalitní výkon funkce opatrovníka.

Provede: MPSV ve spolupráci s MS

Termín: 2008

- 5.5.6 Vytvořit pracovní skupinu složenou ze zástupců MPSV a MS zaměřenou na problematiku opatrovnictví.

Provede: MPSV ve spolupráci s MS

Termín: 2007- 2013

5.5.7 Vytvořit podpůrný systém doprovázení uživatele pobytových sociálních služeb při procesu opouštění služby a začleňování do života místního společenství.

Provede: MPSV

Termín: 2008

6. FINANČNÍ DOPADY DO STÁTNÍHO ROZPOČTU

Předložená Koncepce řeší problematiku v rámci rozpočtu kapitoly resortu MPSV.

S ohledem na řešené téma se předpokládá nad rámec výše uvedeného odhadu maximální možné využití prostředků ESF.

7. MONITORING SYSTÉMU

MPSV bude průběžně vyhodnocovat plnění cílů stanovených touto koncepcí. Zpráva o plnění cílů na příslušný kalendářní rok bude vždy předložena k 31. 1. následujícího roku ministru práce a sociálních věcí a vládě ČR.