#

# Zpráva z hodnocení nastavení procesu transformace

**Domov Barevný svět**

Zadavatel: Čtyřlístek – Centrum pro osoby se zdravotním postižením Ostrava, p.o.

Zpracovatel: 3 P Consulting, s.r.o.

Účelem je zhodnotit aktuálního stav procesu změny, na jehož základě budou nastaveny další žádoucí aktivity.

Vstupem pro celkové zhodnocení byly:

* + **Transformační plán služby**
	+ **Sebeevaluačního dotazníku** (Znaky a vodítka deinstitucionalizace, viz formát [www.trass.cz](http://www.trass.cz))
	+ **Doplňkové šetření v místě**, které proběhlo dne 25. 1. 2018, v čase od 9:00 – 18:00, kdy na základě vypracované metodiky byla uskutečněna prohlídka služby, individuální rozhovory se 2 uživateli služby, bylo diskutováno s pracovníky služby. Z daného šetření byla následně vyhodnocena Zpráva ze šetření v místě, z níž bylo vycházeno i při tvorbě této zprávy.

Ucelené zhodnocení proběhne v projektu dvakrát: na počátku a v posledních 2 měsících projektu.

Zpráva se dotýká hlavních oblastí procesu deinstitucionalizace a transformace služby.

### Vůle ke změně

### Zřizovatel i zařízení jasně vyjadřuje a zveřejňuje závazek k deinstitucionalizaci, je zpracován a schválen transformační plán služby, závazek je zanesen v koncepčních materiálech zřizovatele i v krajské střednědobé strategii rozvoje sociálních služeb. Silnou stránkou je také to, že změnou prochází celá organizace, ne jen jedna služba.

### Plánování a koordinace deinstitucionalizace na všech úrovních

Transformace probíhá dle plánu transformace ústavní péče v péči komunitní: transformační plán (TP) byl schválen zastupitelstvem města v roce 2015, je aktualizován v návaznosti na možné změny lokalit a zejména přehodnocení termínů. Konkrétní termíny se budou aktualizovat v souvislosti se schválením projektů výstavby.

Cílem je, aby v objektu Barevného světa nezůstali bydlet žádní lidé. Technické zajištění objektů je v režii zřizovatele.

Plán činnosti by měl vycházet z transformačního plánu a měl by odrážet i změny v TP. Je žádoucí, aby se změny v TP netýkaly pouze projektových a stavebních parametrů, ale aby se dílčí roční plány činnosti týkaly také změn a potřeb v oblasti procesů práce s veřejností, změn v potřebách lidí, spolupráce s opatrovníky a přípravy pracovníků služby.

Změny se zatím neodráží ve struktuře zaměstnanců, silnou stránkou je, že i za nižšího počtu uživatelů se v TP nepočítá se snižováním počtu pracovníků v přímé péči.

Ze sdělení pracovníků vyplývá, že v současné chvíli dochází k přípravě lidí a sestavování domácností (kde budou kteří lidé), nejvíce se zaměřením na lidi, kteří budou přecházet v první etapě transformace. Pracovníci mají možnost sdělit, ve které lokalitě a službě by chtěli po přestěhování lidí pracovat.

Plán transformace má vycházet z individuálních plánů jednotlivých klientů, které obsahují plán přechodu do komunity: na počátku byla analýza potřeb lidí, metodika k individuálnímu plánování byla nyní aktualizována. Byla vytvořena metodika k plánům přechodu,, inspirací byla také metodika plánů přechodu vytvořená v rámci projektu Moravskoslezského kraje, nicméně zatím je uchopována v praxi. Plány přechodu jsou postupně vytvářeny. S ohledem na to, že přechodové plány mají být srozumitelné lidem, je nezbytné je vytvářet také ve formě AAK odpovídající danému člověku. Vedoucí zařízení se zúčastnila stáže v organizaci Domov NaNovo k přechodovým plánům. Část pracovníků se zúčastnilo stáže v Domově NaNovo, p.o. řešeny byly kromě jiného přechodové plány.

Z dostupných informací lze usuzovat, že min. projektovaná výstavba zohledňuje potřeby uživatelů s nejvyšší mírou podpory.

Proces transformace ústavní péče v péči komunitní je koordinován a řízen: Ve službě jsou k dispozici a předávány zápisy z transformačních týmů včetně stanovených úkolů, zápisy z porad vedení organizace, zápisy z porad vedení zařízení, zápisy z porad oddělení sociální péče. V diskusi pracovníci sdělili, že sestavování domácností bylo započato na základě vyjádření lidí, kdo s kým chce bydlet. Dále uživatelé dostali možnost se vyjádřit k tomu, koho by chtěli z pracovníků k podpoře v domácnosti.

Je stanovena řídící struktura procesu změny: existuje hlavní transformační tým organizace a dílčí tým zařízení, minitým operativně. Ne všechny útvary organizace jsou do změny stabilně a stejně zapojené (provozy prádelenské, stravovací…), tým se občas dle projednávaného tématu může rozšířit o další pracovníky – ekonomický úsek, vrchní sestra, nutriční terapeut.

Dle sdělení pracovníků jsou na schůzkách zapojení ti, co řeší danou službu, ze schůzek jsou vytvářeny zápisy, které jsou dostupné dalším pracovníkům, pracovník stvrzuje podpisem, že záznam z porady četl. Dále probíhají schůzky se zaměstnanci, zásadní informace jsou zveřejňovány na webových stránkách, informační tabuli. Pracovníci sdělují, že spolupráce se zdravotním úsekem je dobrá, pracovníkům v přímé péči jsou předány informace o péči na základě zdravotního stavu člověka, informace nebyla k dispozici pouze, pokud je výstup lékaře, že je pacient „nevyšetřitelný“, poté dále rozhoduje praktická lékařka.

Práce v personální oblasti – nabídka rekvalifikačního kurzu pracovníkům i na pozicích např. prádelenského provozu.

Bývá p. ředitelem vyhlašována ročně amnestie na vnitřní směrnice organizace.

Zařízení vyhledává lidi a organizace důležité pro dosažení změny a spolupracuje s nimi: služba i organizace je zapojena do procesů komunitního plánování v obci, spolupracuje s jinými službami i mimo vlastní organizaci, lidé využívají centrum pracovních činností, služby STD Duhového domu, 3 lidé jsou zaměstnáni na DPP na sezónní práce, příp. je snaha, aby člověk byl zaměstnán v rámci organizace či jiné sociální služby. Pracovníci sdělili, že při stěhování do jiných lokalit je předpoklad, že lidé budou využívat stávající služby Čtyřlístku. Bylo spolupracováno s ÚP, využili možnosti projektu kraje na jobkouče, nyní již tato pozice není funkční.

Doporučení:

* Při úvaze o zajištění podpory lidem v nových místech bydlení hledat i jiné možnosti, než zajišťovat péči vždy vytvořenými provozy. Využívání veřejných služeb a možností k zajištění podpory lidí v běžném prostředí v oblastech zajištění stravování, praní prádla, údržby domácnosti a zdravotní péče.
* Pokračovat ve stážích ve službách zejména DOZP se zaměřením na to, jak je řešeno stravování lidí s využitím běžných veřejných služeb a podpory pracovníků, i u lidí s vysokou mírou podpory a těch, kteří by měli dodržovat dietní opatření bez zaměstnávání nutričního specialisty. Stejně tak možnosti zajištění potřebné zdravotní péče pro lidi v komunitních službách. Aplikovat poznatky ve stávající službě s vazbou na potřeby lidí - bez ohledu na to, kdy se jednotliví lidé (v jaké etapě) a kam budou stěhovat.
* Konzultace k výše uvedeným tématům a aplikaci ve stávající a nových službách za účasti zástupců pracovníků v přímé péči, vedení služby, zástupců daných úseků a zástupce zřizovatele, ať mohou být následně vykomunikovaná řešení realizovatelná.
* Při podpoře v oblasti zdravotní péče hájení práv člověka (také vyvíjet tlak na aktivitu opatrovníků, aby hájili práva opatrovance) v okamžiku, kdy lékař konstatuje „nevyšetřitelnost, neošetřitelnost“ – hledání jiných cest, jak docílit ošetření, případně i jiných lékařů a poskytování zpětné vazby lékařům, kteří nekonají, jak mají. Využití případových týmových konzultací za účasti zdravotníka k tomu, jak léky, které člověk užívá, ovlivňují jeho život a předávání podnětů lékaři k nápravě (např. poznatky o vedlejších příznacích, dopadech na jednání člověka, množství – podnět k úpravě příslušným lékařem).
* Využít amnestii (případně i bez ní zrušit) nefunkční směrnice nebo ty, jež odporují podpoře běžného života.
* Pokračovat v zapojení ve strukturách vytvářejících sít sociálních a návazných služeb v obci a aktivně přenášet potřeby uživatelů v místním komunitním plánování. Snažit se využít existující zdroje v novém místě, než lidi po přestěhování směřovat k využití služeb vlastní organizace.
* Případové supervize.
* Konzultace k podpoře uživatelů a rolím pracovníků v zajištění chodu menší domácnosti.
* Konzultace v oblasti tvorby a aplikovatelnosti funkčních přechodových plánů.
* Konzultace k pravidlům spolubydlení, aby byla tvořena uživateli za podpory pracovníků (pravidla řešící nejen spolubydlení lidí v bytě, ale také pravidla pro vstup jiných lidí – např. návštěvy v soukromí člověka apod.)

### Zapojování lidí se zdravotním postižením, jejich rodinných příslušníků a blízkých osob (případně opatrovníků) do procesu deinstitucionalizace

Lidé se zdravotním postižením mají rozhodovat o tom, kde, s kým a jak žít. Při nemožnosti vyhovět uživateli, tak jej pracovníci informují a hledají jiná řešení. Ideální je, pokud do nového bydlení s člověkem přechází i pracovník, ke kterému má vazby a domácnosti v daném složení tak fungují již ve stávající službě. Zatím jsou řešeny ve složení domácností primárně ty, jež jsou předmětem první etapy stěhování. U ostatních lidí, pracovníci v přímé péči zatím přesně nevědí, kdo kam půjde žít, zatím tedy ani není dle uvedeného prováděna úprava soužití na domácnostech (někdy se bude soužití v domácnosti v původní službě řešit až v závislosti na tom, kdy se odstěhuje první část klientů).

V oblasti podpory rozhodování u lidí s nejvyšší mírou podpory, činí tato rozhodnutí pracovník se snahou, aby to bylo v nejlepším zájmu člověka. Zatím není nastaven individuální systém AAK u všech lidí, kteří to potřebují k dorozumění a uplatnění vůle. Pokud člověk potřebuje prostředek AAK a komunikuje v AAK, je nezbytné, aby uvedené znali a využívali všichni pracovníci, byl využíván i mimo službu ke komunikaci.

Do individuálního plánu každého klienta je zahrnuto plánování přechodu z ústavu do komunity - dle sdělení pracovníků byla aktualizována metodika individuálního plánování a byla také vytvořena metodika k plánům přechodu, které budou zpracovány pro každého klienta. Je zapotřebí, aby přechodové plány obsahovaly zásadní specifické informace o potřebách člověka, rizika a řešily je (např. úzkostnost ze změn prostředí a nových lidí), kroky a odpovědnosti jednotlivých aktérů, včetně samotného člověka, který se stěhuje.

Lidem se zdravotním postižením jsou poskytovány potřebné informace: v rámci realizačních týmů (mimo tým podílející se na IP také s účastí sociálního pracovníka, vedoucí zařízení), probíhají rozhovory s klienty, zpracovávají se plány přechodu. Lidé se zdravotním postižením nejsou aktivně zapojeni do rozhodování o procesu transformace, je vycházeno z jejich potřeb, nejsou přímo zastoupeni v  systémech/orgánech rozhodování.

Rodinní příslušníci, blízké osoby, případně opatrovníci mají být aktivně zapojeni do rozhodování o procesu transformace: komunikace s opatrovníky probíhá individuálně, konají se schůzky s opatrovníky, jsou opatrovníci, kteří jsou „ochotni“ zapojit se do plánovaných změn, navštěvovat s nimi místa, kam se budou stěhovat. U opatrovníků, kteří „nejsou ochotni“ je situace však fakticky daná tak, že není prostor na ochotu - mají konat a nekonají. V těchto situacích za ně činí služba, snímá z opatrovníků aktivitu v některých oblastech a vytváří jim možnost dále nekonat (hospodaření s penězi, existence depozitních účtů, řešení zdravotní péče, nejsou vždy přítomni při mapování a hodnocení potřeb člověka, kupují pro člověka věci běžné spotřeby – kosmetiku, oblečení apod. bez jeho přítomnosti a zapojení v této činnosti s možností uplatnění svého práva a vůle…). Opatrovníci se službou zvou – nákup nábytku, otázky zdravotního stavu, k řešení finanční částky, vyřízení OP, k různým souhlasům… Klientem sociální služby je člověk a ve střetových situacích s opatrovníkem je nezbytné hájit zájmy jeho a ne opatrovníka, neakceptovat jeho postoje i s následkem toho, že opatrovník si bude stěžovat. Silnou stránkou v diskusi bylo, že vedení služby v těchto nedůvodných stížnostech stojí na straně klienta a pracovníků.

Silná stránka je také, že opatrovník je 2x ročně zván k vyhodnocování IP a následně může spolupracovat na definování cílů na následující období a spolupracuje na případném zapojení dalších osob – přátel, blízké rodiny. Konzultace – práce s opatrovníky, jak řešit, když opatrovník nechce poskytnout uživateli finanční prostředky na zakoupení …

Doporučení:

* Komunikace je vyjádřením vůle a potřeb nejen směrem k pracovníkům, ale i k jiným osobám mimo službu, nestačí, že pracovník už zná a pochopí, co člověk sděluje, je zapotřebí hledat cesty, aby se člověk dorozuměl i mimo službu, byť s využitím prostředků AAK. Součást podpory v rozhodování.
* Potřeba hledat adresné systémy AAK na míru danému člověku, nekomunikuje-li běžně slovy – konzultace externisty. Pokračovat ve vzdělávání všech pracovníků v AAK, kteří dávají těmto lidem podporu.
* Pokračovat ve spolupráci s opatrovníky (blízkými i veřejnými) a aktivně je již nyní zapojovat do plánovaných změn (hledat cesty, aby služba nenahrazovala role a kompetence opatrovníků – nekonala za ně, podporovala je ve změně v přístupu, aby dokázali společně podporovat a připravovat uživatele na změny – zapojovat je do vyhodnocování potřeb lidí, vyhodnocování individuálních plánů, tvorby přechodových plánů s určením jejich role, doprovodu k lékařům, odpovědnost za zajištění zdravotní péče u opatrovance, který je v dané oblasti omezen ve svéprávnosti, v adekvátním hospodaření s finančními prostředky uživatele služby spolu s ním aj.). Úprava vnitřních pravidel, aby služba stále nekonala za někoho, protože on nekoná, byť konat má a neudržovala tak závislost opatrovníků na službě. Podpora pracovníků v různých rolích (sociální pracovník, vedoucí úseků, pracovníci v přímé péči) v kompetencích při jednání s opatrovníky.
* Možností je nezvat a nežádat opatrovníky na zásadní aktivity spojené s podporou člověka, jehož práva mají hájit, ale formulovat dopis či mail tak, že s ohledem na to, že jsou zástupci člověka v mnoha zásadních ohledech v jeho životě, tak mají k výběru XX termínů a ať sdělí, který využijí.
* Využít dobré praxe – zvát na setkání s opatrovníky opatrovníky, jejichž opatrovanec již žije v komunitní službě, ať sdělují svou zkušenost, čeho se i obávali, jak je to nyní.
* Vzdělávání, konzultace k tvorbě a účinnému uplatnění přechodových plánů lidí, se zapojením samotných lidí v přípravě na přechod a stěhování, jak nejvíce je to možné dle jejich individuálních schopností. Cílem je nastavit adresné a individuální přechodové plány u klientů, se zapojením různých aktérů, odpovědností, termínů, dotvářet dle situace, u klientů, kteří nekomunikují slovy mít přechodový plán v jim srozumitelné formě AAK.
* Podpora pracovníků v různých rolích (sociální pracovník, vedoucí úseků, pracovníci v přímé péči) v kompetencích při jednání s opatrovníky, aby nenahrazovali jejich role a účinně podpořili hájení práv lidí. Současně podpora zaměřená na pracovníky v přímé péči, aby pochopili, proč je zapotřebí změny, neboť když pracovník není přesvědčený o smyslu, tak obtížně vysvětlí smysl opatrovníkovi a podpoří klienta.

### Předcházení další institucionalizaci

Silnou stránkou je, že zřizovatel vyhlásil, že do ústavu nejsou přijímáni žádní další klienti a zařízení uvedené zveřejňuje, mj. na webových stránkách organizace, informace jsou předávány na komunitním plánování. Služba Domova Barevný svět eviduje žadatele do služby, informuje o stop stavu v nepřijímání lidí, řešeno bude, až lidé budou žít v komunitních službách a bude volné místo.

Doporučení:

* U žadatele o službu je vždy nezbytné zmapovat situaci v jeho přirozeném prostředí či v místě, kde nyní žije (psychiatrická nemocnice, jiná služba…) a mapovat možnosti v dané lokalitě.
* V případě, že i v rámci služby dochází ke změně místa poskytování (ze současného domova člověk bude přecházet do nového místa/domu stejného poskytovatele) je zapotřebí i v tomto případě jednat se zájemcem/žadatelem o službu - je nutné reagovat na potřeby lidí v nové lokalitě, smluvně ošetřit.

### Využití existujících zdrojů v komunitě a vytváření nových komunitních sociálních služeb

Lidem opouštějícím ústav mají být zprostředkovány již existující zdroje podpory v komunitě, včetně již existujících komunitních sociálních služeb, služba má zjišťovat, jakou podporu bude klient při odchodu potřebovat. Pracovníci sdělili, že v této souvislosti vycházejí z analýzy nezbytné míry podpory, kterou aktualizují, nyní zejména v souvislosti s tvorbou plánu přechodu.

Zmapovat již nyní, dosud není u všech klientů jednoznačné, do jaké domácnosti a lokality se budou stěhovat (zejména ti lidé, kteří se budou stěhovat až v posledních etapách), co všude může zajistit komunita a co bude muset zajistit služba. Do služby zatím dochází psychiatr a ortoped. K jiným specialistům jsou lidé doprovázeni mimo službu. Je třeba řešit, jaké návazné sociální služby jsou v místě a co je zapotřebí k tomu, aby je mohli lidé využít dle potřeb.

Většina volnočasových aktivit se zejména pro lidi s vysokou mírou podpory odehrává v rámci služeb organizace.

Doporučení:

* Externí podpora při nastavování využití služeb v komunitě a podpora uživatelů v samostatnosti.
* Aktivní vyhledávání možností v místě, kde člověk bude žít – zapracování uvedeného do přechodového plánu dle zájmů a potřeb lidí – kde je lékárna, obchod, kadeřník, příp. pedikúra, zájmové kroužky pro dospělé lidi, pošta, případně místní lékaři, bude-li zapotřebí změny, navštěvování s člověkem ještě před samotným stěhováním do nového bydlení.
* Podpora pracovníků, aby dokázali podpořit klienty, aby si co nejvíce samostatně řešili svůj volný čas (zvědomění možností doma, mimo službu – nejen akceptace nabídky, ale příprava a podpora v tom, jak mohou svůj volný čas řešit i bez podpory pracovníka, podpora v plánování…).
* V případě nutnosti se služba zasazuje o uzpůsobení nebo vznik veřejně dostupné služby tak, aby byla dostupná i lidem se zdravotním postižením (úprava bariérovosti např.).
* V komunitním plánování se zástupci obcí a poskytovatelů řešit dostupnost návazné služby pro uživatele, pokud v regionu chybí a je zapotřebí, nelze využít existující zdroje (tj., pokud člověk za již využívanou službou, třeba STD, nedojíždí z nového místa bydlení i nadále).

### Uzavírání ústavu

Poskytovatel přestane v původním objektu poskytovat bydlení lidem, služba řeší a navrhne zřizovateli, jaké jsou dopady opuštění budovy a možnosti jejího dalšího využití. Diskutovanou možností je, aby v prostorách zůstaly zachovány administrativní prostory a provozy stravovací, prádelenské, pracovní příležitosti pro klienty, které by poskytovaly servis službám v nových místech.

Doporučení:

* Při řešení návrhu důkladně zvažovat možnosti, které stávající provozy lze nahradit a zajistit dostupnost v nových lokalitách přirozeně s využitím toho, co region nabízí občanům, co budou lidé na domácnostech zvládat s podporou i jinak (strava, praní prádla, dílny a návazné služby….).

### Vzdělávání a příprava na změnu

Lidé z ústavu mají být připraveni na přechod do komunity: dle sdělení pracovníků jsou lidé připravováni již nyní v domácnostech, jsou zpracovány metodiky k jednotlivým oblastem (v rámci hodnocení procesu metodiky neřešeny více).

Někteří lidé jsou proškolováni jako klientští auditoři a jiní navštěvují Kurzy pro klienty – realizace v rámci projektu „Podpora transformace v Moravskoslezském kraji III“ (společnost JINAK, o.p.s.).

Pracovní uplatnění mimo organizaci (sezónní práce u jiných poskytovatelů sociálních služeb – zahrada, pomocné práce - popsáno viz výše.)

V rámci přípravy jsou nastavovány úkoly v IP. Z diskuse vyplynula potřeba podpořit pracovníky v práci s riziky a ve formulaci účelných rizikových plánů.

Příprava probíhá zejména v domácnostech, které mají některé znaky běžné domácnosti (dle možností prostoru).

Uživatelé bydlí v domácnostech, které jsou velmi podobné běžným domácnostem, je zde vytvořen společný prostor pro uživatele domácnosti, stejně tak i prostor pro soukromí uživatelů, kteří mají své pokoje – dvoulůžkové. Součástí domácnosti je kuchyň, kde probíhají „nácviky“ v oblasti přípravy stravy, a sociální zařízení. Je zde k dispozici i pračka, kde si uživatelé mohou prát věci denní potřeby. Nicméně WC a koupelna je společná, prostorově ne vždy umožňuje individuální využívání. Lidé na některých patrech nemají z provozních možností své osobní věci na pokoji, případně jen několik. Současně v některých těchto pokojích (min. na horním patře) by bylo i místo pro skříň či nábytek pro osobní věci lidí, aby je měli u sebe, nikoli ve společné skladní místnosti a mohli mít tak více příležitostí, jak se o ně s podporou pracovníků starat.

Z rozhovorů s pracovníky vyplynulo, že uživatelé s nižší mírou podpory jsou aktivně zapojeni do činností spojených s péčí o domácnost, uživatelé s vysokou mírou podpory jsou těchto aktivit většinou přítomni.

Při šetření na místě bylo zaznamenáno, že v prostorách kuchyňky jsou nástěnky, které ale obsahují spíše informace pro pracovníky než informace pro uživatele.

Pracovníci jídlo přiváží na domácnost z jídelny, rozdělují je lidem v kuchyni, z diskuse s pracovníky vyplynula povinnost (na základě pravidel - směrnic organizace) používat ochranné pomůcky při převozu a podávání jídla lidem, likvidace jídla po určitém čase (člověk nedojedl snídani a nemůže si ponechat jídlo v lednici na domácnosti např. na odpoledne, až bude mít hlad či chuť).

Oblast přípravy stravy je řešena vlastním stravovacím provozem služby, ve spolupráci s nutričním terapeutem.

Silná stránka – volby, lidé, kteří nebyli omezeni v této oblasti a chtěli, tak byli účastni volby prezidenta.

Z rozhovoru s lidmi vyplynulo, že lidé nemají své doklady u sebe (OP, průkazky ZP), jsou uloženy u pracovníka. V rámci diskuse s pracovníky i z rozhovoru a dokumentace respondentky vyplynulo, že se systémově nepracuje na tom, aby a jak mohli lidé být více zapojeni do zdravotní péče, braní léků s podporou či samostatně již nyní.

Rodinní příslušníci, blízké osoby a opatrovníci mají být dostatečně připraveni na přechod člověka z ústavu do komunity: probíhají schůzky s rodiči, opatrovníky 2x ročně, individuální schůzky v zařízení, informace o procesu na webových stránkách, informační tabule v zařízení.

Zařízení podporuje a informuje nejbližší komunitu, kde bude člověk se zdravotním postižením žít - v rámci stavebních povolení v jednotlivých obcích, informace při jednání se starosty obvodů, zastupitelstva. Informace plynou ze strany zařízení směrem k pracovníkům úřadů vykonávajícím funkci veřejného opatrovníka. Lékaři informování při návštěvách v ordinaci a zařízení.

 Pracovníci jsou průběžně informováni – nicméně s ohledem na velikost služby a množství pracovníků, ne všichni pracovníci informace „slyší a přijímají“. Probíhá systematické vzdělávání, plán vzdělávání vychází z ročního hodnocení zaměstnanců, vzdělávání zaměstnanců probíhalo v roce 2013 – 2015 v rámci projektu „Podpora procesu transformace organizace Čtyřlístek“ a také v rámci dalších projektů. Další vzdělávání bude probíhat v roce 2017 - 2019 a je zaměřeno na podporu implementace transformačního plánu a praktické realizace transformačního procesu zařízení, v souladu se schváleným TP). Probíhají stáže, exkurze, pracovní setkání v zařízeních komunitního typu, inspirace podněty z webové stránky zařízení, které prošly transformací.

Doporučení:

* Pracovat s lidmi v domácnostech jako by již šlo o byty v domku, stávající uspořádání domácnosti to umožňuje.
* Revize ústavních prvků – průběžně dělat revizi, zapojit externistu, klienty, pracovní oděv, názvy domácnosti – rodinky – lidé zde žijící netvoří rodinu, bydlí spolu, zvonek oznamující vstup na domácnost, ale neotvírá klient, avšak pracovník (podpora: upozornit, že někdo přichází, případně doprovodit člověka otevřít…).
* Nástěnky v prostorách uživatelů ponechat, pokud je klienti chtějí, ale využívat především pro předání srozumitelných informací uživatelům, neměly by sloužit jako prostor pro pracovní informace pracovníků.
* Zrevidovat, případně zrušit směrnice, postupy služby vydané organizací, které odporují podpoře člověka běžným způsobem - povinnost měření a zaznamenávání teplot jídla při podávání na domácnosti, likvidace jídla klienta po několika hodinách, ochranné pomůcky při převozu a rozdělování jídla ĺidem pracovníky v přímé péči.
* Podpora v sebeobhájcovství a pokračovat v navyšování kompetencí lidí v oblastech jejich života – co nejvíce již v původním prostředí.
* Konzultace k práci s rizikem – popis situace či chování, mapování, kdy se tak děje, nastavení prevence a jak podpořit člověka, když k tomu dojde (co pomáhá, odvede pozornost aj.).
* Posílit v lidech roli samostatného občana, zajistit, aby lidé mohli mít své doklady u sebe.
* Pokud lidé porušují svá práva navzájem, tak řešit situace stejně jako s dalšími občany, podpora nejen práv, ale i povinností lidí s cílem běžných podmínek pro život.
* Cíleně pokračovat v tom, aby lidé mohli mít své léky a léčivé přípravky u sebe, s jakou podporou pracovníka v přímé péči, co je zapotřebí nezbytně od zdravotnického pracovníka, co už ale ne, mapovat rizika individuálně a dle toho postupovat.
* Dbát na to, aby lidé mohli rozhodovat o svém životě i v části stravování a nakolik má to, že nedodrží léčbu či dietní opatření aktuální vliv na jejich zdraví a život a dopady na kvalitu života (je jistě důležitá podpora zdravého života a stravy, dodržování žádoucí diety, nicméně ne na úkor zasahování do práv člověka, který ji i přes podporu ze strany služby odmítá).

V soukromí a bydlení lidí podporovat to, že jde o jejich soukromý prostor, běžné bydlení – tedy eliminovat provozní atributy v bytě lidí.

* Dále využívat klientské audity, nejen v původní službě, ale i v novém prostředí (eliminace přenosu ústavních prvků).
* Pokud možno pokračovat ve využívání kurzů pro klienty.
* Využití externí podpory ke tvorbě strategie, jak pracovat s opatrovníky, veřejností, zajištění vzdělávání pro opatrovníky, rodinné příslušníky.
* Zapojovat lidi již nyní do života v lokalitě, kam se má člověk stěhovat (aby další lidé - občané získali zkušenost s tím, že lidé s postižením žijí s nimi a mohli si postupně zvykat, viděli i přístup pracovníků a jejich podporu lidem).
* Podpora zachování vazeb lidí na rodinu, přátele, kamarády, současně podpora v tom, aby člověk měl příležitosti k navázání vztahů v běžném prostředí a zastával běžné role, realizoval své zájmy v běžném prostředí.
* Podpora pracovníků, aby dokázali podpořit klienty, aby si co nejvíce samostatně řešili svůj volný čas (zvědomění možností doma, mimo službu – nejen akceptace nabídky, ale příprava a podpora v tom, jak mohou svůj volný čas řešit i bez podpory pracovníka, podpora v plánování…).
* Každý člověk, který přechází ze zařízení do jiného bydlení, si zaslouží týmovou individuální poradu o jeho potřebách a systému podpory či případovou supervizi (využití supervize před odchodem do nové služby a následně nejlépe za čas po jeho přechodu do nové služby).
* Konzultace či vzdělávání v oblasti podpory člověka v rozhodování, nastavování nových služeb, využití zdrojů v komunitě, AAK, přechodových plánů – řešeno i viz výše.
* Pokračovat ve stážích pro pracovníky i klienty, zapojovat i opatrovníky co nejvíce a blízké, pracovníci by se měli zaměřovat nejen na náhled na fungování domácnosti, ale i předání zkušenosti, jaké kompetence v nových podmínkách potřebují, jak řeší pracovníci v komunitní službě různé situace, když není k dispozici provoz jako v původní službě.
* Podporovat pracovníky v pochopení smyslu změn.

### Využití stávajících zkušeností a zdrojů

Zaměstnancům ústavu jsou vytvořeny podmínky pro jejich práci v nových službách, včetně rekvalifikace: je potřeba, aby služba dle potřeb nové služby a v souladu s plánem transformace stanovila odpovídající počet a kvalifikační předpoklady pracovníků, vyhodnotila jejich schopnosti pracovat v komunitních službách a motivovala je ke změně. Probíhá vzdělávání na více úrovních, stáže, hodnocení pracovníků 1x rok, pracovní schůzky se zaměstnanci, porady se zaměstnanci.

Doporučení:

* Vyjasnit, jaké kompetence bude mít pracovník v komunitní službě (inspirace zkušeností), počet personálu má v domácnosti odpovídat potřebám lidí, nemusí jít vždy o stejná čísla, stejně tak nastavení režimu podpory a směny (zda i noční, v kolika lidech, jak zástupy v případě nepřítomnosti), kompetence a míra samostatnosti a přenos informací pracovníkům z vedení služby při více bytech a naopak, využití běžných zdrojů v místě, tedy i personální strategie při rušení některých provozů, jak bude fungovat zdravotní péče (zdravotník jen na denní, dle reálných potřeb lidí a jak zajistit podporu dále v jeho nepřítomnosti) apod.
* Plán struktury domácností vycházející z potřeb a zájmu lidí realizovat v nejvyšší míře již ve stávající službě (domácnosti ve skladbě lidí, kteří spolu asi budou žít následně, s podporou personálu, který bude s lidmi zřejmě přecházet, aj.).

### Komunikace, osvěta, působení na klíčové osoby

Jsou činěny dílčí kroky ke zvyšování povědomí veřejnosti o deinstitucionalizaci a o komunitních službách, vlivu transformace na život lidí. Jsou užívány webové stránky, články, akce města, setkání se studenty škol.

Doporučení:

* Možnost diskusního setkání s veřejností, pokud to bude vyhodnoceno jako účelné v místě – externí podpora facilitátora.
* Setkání opatrovníků, veřejnosti, sousedé – za spolupráce s externistou, člověka se zkušeností ve stejné roli (opatrovníkům opatrovník člověka, který žije nyní jinde, sděluje, jak on vnímal změnu, svou zkušenost).

### Vyhodnocování procesu transformace

Ukazatele plnění cílů transformace jsou uvedeny v TP, nicméně jsou zacíleny primárně na stavební projekty. Vyhodnocení se pak řeší na poradách transformačních týmů, poradách vedení, jsou nastaveny plány činnosti na konkrétní rok - následné vyhodnocení TP v rámci celé organizace (cca 4x do roka).

Není nastavena evidence rizik procesu, předávání informací, zda rizika vznikla nebo ne, jak se řešila, co se dá udělat ve stejné situaci, byla prevence účinná?

Doporučení:

* V systému vyhodnocování TP a v plánu činnosti se nezaměřovat zejména na projekty domů a staveb (tvrdé projekty). Je nezbytné mapovat a řešit i „měkké aktivity“ - příprava lidí na přechod, opatrovníků, pracovníků, kvalita služby a podpora ve stávajícím prostředí – nastavit ukazatele a vyhodnotitelné cíle a ty pravidelně vyhodnocovat.
* Mapovat rizika a nastavit systém jejich řízení (sledování, záznam, prevence, opatření, kontrola…).
* Revize ústavních prvků a jejich odstraňování ve stávající službě, eliminace přenosu do nových služeb.

**V závěru bychom i zde rády zdůraznily, že vnímáme množství kroků, které služba učinila, aby lidé, kterým poskytuje podporu, mohli žít běžnějším způsobem života. Je to cesta, která vyžaduje čas na pochopení smyslu změny i přípravu na ni, někdy i reálnou zkušenost. Tento čas a zkušenost, podporu nepotřebují jen lidé, kteří službu využívají, ale také opatrovníci, blízcí a společnost, někteří pracovníci. Oceňujeme jasný postoj zřizovatele i služby k transformaci služby a to, že služba ve stávajících podmínkách vyvíjí snahu prostorově se přiblížit podobě domácnosti. V diskusi s přítomnými pracovníky byla zřejmá vůle vnímat podněty a přemýšlet nad nimi, formulovat, co se již povedlo a na čem dále pracovat.**

Dne: 22. 2. 2018

Zpracovaly:

Šárka Hlisnikovská

Lucie Příhodová Pešková