



Návrh Systémového řešení pro osoby s PAS v systému sociálních služeb skrze materiál, který definuje materiálně – technické zajištění a personální zabezpečení sociálních služeb pro osoby s PAS a jinými pervazivními vývojovými poruchami, spojenými s chováním vyžadujícím vysokou míru podpory



Materiál reflektuje i příslušný nález Ústavního soudu ČR¹ a stav, kdy se odhaduje, že v ČR je cca 200 000 osob s autismem a cca 15 000 potřebuje sociální služby a z toho cca 5000 potřebuje vyšší míru podpory.

¹ Nález Ústavního soudu sp. zn. I. ÚS 2637/17 ze dne 23. ledna 2018.



1. Definice cílové skupiny a zdraví ohrožujícího chování

Pervazivní vývojové poruchy (PVP), resp. poruchy autistického spektra (PAS) jsou skupinou onemocnění, mezi které podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) řadíme dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, Rettův syndrom, jinou dezintegrační poruchu v dětství a hyperaktivní poruchu sdruženou s mentální retardací a stereotypními pohyby.² V posledních desetiletích je těmto onemocněním věnována zvýšená pozornost odborné i laické veřejnosti především z důvodu jejich rostoucího výskytu v populaci.³

Skupina PVP se vyznačuje různě hluboce narušenou schopností komunikace postiženého jedince se svým okolím, snížením jeho schopnosti zapojit se do společnosti a chápat sociální interakce a omezeným, stereotypně se opakujícím repertoárem zájmů a aktivit.⁴ Všechny tyto příznaky mohou být u každého jednotlivce různě intenzivně vyjádřené a tím se každý jedinec s PAS významně liší od ostatních se stejným postižením. Spektrum jednotlivých symptomů a vzorců chování je tak velmi široké a u každého zcela unikátní. Navíc se s PAS velmi často pojí různě hluboká mentální retardace, která schopnost komunikace s okolím a zapojení do společnosti dále limituje.⁵ V rámci základní psychopatologie je schopnost přizpůsobivosti těchto osob výrazně omezená a zhoršená komunikace ještě snižuje pravděpodobnost domluvy. U části osob s PAS se proto častěji než v běžné populaci setkáváme s vyšší mírou auto i heteroagresivního, destruktivního, nepřizpůsobivého, repetitivního či jinak nadměrně zatěžujícího chování pro samotného klienta i pečující osoby, které znemožňuje soužití ve vlastní rodině, ale současně je kontraindikací pro přijetí klienta do kolektivních zařízení sociální péče. Takové chování v tomto dokumentu označujeme chování vyžadující vysokou míru podpory (CHVMP).

Chování vyžadující vyšší míru podpory se může objevit i u jiných duševních onemocnění než PAS, u kterých může také přetrvávat po delší dobu a být značně zatěžující až ohrožující pro samotného klienta i jeho blízké. Zejména se jedná o osoby s organickými duševními poruchami (např. demence), osoby se schizofrenií či jiným psychotickým onemocněním a osoby s izolovanou mentální retardací. Chování vyžadující vyšší míru podpory se ale teoreticky může objevit u těžkých forem všech onemocnění, kde je postižen intelekt nebo schopnost komunikace (např. přechodně u vývojových poruch řeči a jazyka apod.). Takovým osobám by měla být tato služba také přístupná, nicméně v tomto dokumentu se vztahujeme hlavně k osobám s PAS.

² Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. (1990). Praha: Psychiatrické centrum.

³ Hrdlička, M.; Komárek, V. (ed.). Dětský autismus: Přehled současných poznatků. Vyd. 2., dopl. - Praha: Portál, 2014. 212 s. ISBN 978-80-262-0686-6.

⁴ Viz pozn. 2 a 3.

⁵ Viz pozn. 3.



Cílovou skupinou služby nejsou lidé vykazující chování spojené s vysokou mírou podpory, které má krátkodobý či přechodný charakter. Tedy chování, jaké je pozorováno např. u osob intoxikovaných psychoaktivní látkou či osob závislých na návykových látkách, stejně jako poruchové a vzdorovité chování v rámci jinak běžného dětského a adolescentního vývoje. Mezi chování vyžadující vyšší míru podpory neřadíme ani problémové, nepřizpůsobivé, destruktivní či disociální chování u osob s poruchami osobnosti.

Obecně platí, že mezi lidmi s autismem žijí lidé, kteří potřebují od lidí kolem sebe nízkou míru podpory i lidé, kteří vyžadují vysokou míru podpory. **Samotný autismus není rozhodující pro míru podpory. Rozhodující je chování člověka s autismem.** Pro stanovení míry podpory je důležité, nakolik je člověk s autismem schopný zapojit se do společnosti, nakolik je člověk s autismem sám sobě nebo pro okolí ohrožující a nakolik okolí vyhodnocuje jeho chování jako obtěžující.

V současné době neexistuje v ČR žádný ucelený systém na rozpoznávání míry podpory v souvislosti s výskytem problémového chování člověka s autismem. V ideálním případě by měla zohledňovat zátěž v péči o člověka s autismem plynoucí z problémového chování **výše příspěvku na péči**. Příspěvek na péči však absolutně nezohledňuje problémové chování člověka. Ani výše dotací se objektivně neodvíjí od míry zátěže v péči kolem člověka s autismem.

Systém financování sociálních služeb v ČR tak nemá oficiální postup pro zohledňování míry podpory klientů. Tento systém je však české legislativě již znám v oblasti školství (podpůrná opatření), což může být výhodou pro implementaci této metodiky do oblasti sociální péče.

V praxi vyhodnocujeme problémové chování **objektivně** a **subjektivně**. Obě možnosti mají své výhody a svá omezení. U objektivního vyhodnocování problémového chování existuje riziko špatně nastavených hodnot, jak rozpoznat, co je problémové a co nikoliv. Druhým rizikem je praktická nemožnost taxativního vymezení, co všechno je problémové a co nikoliv (například samotné sednutí si na zem nemusí být v lese problémem, na rušné křižovatce je to však velký problém, křik na samotě nemusí být problémem, v paneláku to však už velký problém je aj.). U subjektivního hodnocení je riziko, že se může kdokoliv snažit vykazovat klienta jako více problémového než ve skutečnosti je, a to kvůli získání dotačních výhod.

Dalším rizikem vyhodnocování míry zátěže plynoucí z chování člověka s autismem je, že pokud se člověku s autismem poskytuje kvalitní služba, jeho problémové chování mizí. Tento fenomén však neznamená, že by problémové chování mizelo trvale. Jakmile se člověku s autismem vyžadující vysokou míru podpory přestane poskytovat specifická služba, problémové chování se opět začne vyskytovat. Rizikem tohoto fenoménu je obtížnost obhájení vyšší míry podpory u člověka, který ji zdánlivě nepotřebuje, právě proto, že se mu již vyšší míry podpory dostává.



Hodnocení míry podpory musí být multidisciplinární záležitostí, kdy dochází **k souběhu** objektivního a subjektivního sledování **více lidmi** najednou (rodiče / pečující osoby, škola, lékař, sociální služba, sociální pracovník aj.). **Objektivní sledování** odpovídá na otázky intenzity, frekvence a doby trvání výskytu problémového chování. Obecně platí, že čím více se odchyluje od standardního chování jedna ze tří výše uvedených proměnných, tím více podpory klient potřebuje. Nejvíce podpory tak potřebuje klient, jehož chování je výrazně jiné než u zdravé populace jak v intenzitě, tak i ve frekvenci a době trvání:

Příklad: člověk si nemůže koupit v obchodě věc, kterou chce, ale nemá na ní peníze

	Člověk bez handicapu	Člověk s handicapem, který vyžaduje vysokou míru podpory
intenzita	Mlčí, max. si nadává v duchu, vzniklou situaci nahlas nekomentuje	Křičí na okolí, že to je strašný a že to chce
frekvence	Nadává si v duchu pouze ve chvíli, kdy je naštvaný na sebe, že peníze utratil za něco jiného. Standardně si nenadává	Křičí skoro vždy, když něco nedostane
Doba trvání	Frustrace mu vydrží pár minut	Křičí půl hodiny a více

Subjektivní hodnocení stanovuje míru zátěže objektivně sledovaného chování pro konkrétního poskytovatele, pečující osoby, obec. Závěrečné slovo ve stanovení výše míry podpory má poskytovatel sociální služby, který se zaváže klientovi službu poskytovat.

Jedním z kritérií pro vyhodnocení, že člověk s autismem potřebuje vysokou míru podpory, jsou následující znaky (je nutné splňovat alespoň jeden z níže uvedených znaků):

Incident agrese a sebepoškozování

- incident, k jehož řešení je zapotřebí více než jednoho pracovníka nebo pečující osoby a objevuje se minimálně jednou za 14 dní nebo
- incident, po kterém má některá z osob takové zranění, které potřebuje lékařské ošetření a incident se objevuje minimálně jednou za 6 měsíců nebo
- incidenty, které se doposud řeší pouze nadměrným používáním pobytů na psychiatrických nemocnicích či zamykáním v uzavřeném prostoru a/nebo vyšší mírou tlumivé medikace nebo



- dotek, úder či jiná forma napadení sebe a/nebo ostatních, která je pečujícími osobami nebo personálem vyhodnocována jako zdraví narušující a objevuje se minimálně 1x týdně

Destrukce

- takové poškození majetku (například utrnutí topení, rozkopnutí dveří aj.), jehož oprava překračuje běžnou údržbu a k němuž dochází minimálně jednou měsíčně nebo
- pravidelné (několikrát týdně) ničení věcí denní potřeby (trhání oblečení, shazování jídla aj.)

Chování ve skupině

- takové chování, které významně narušuje život v přirozeném (rodinném) prostředí nebo život skupiny ostatních uživatelů, což se projevuje zejména tím, že ostatní členové skupiny přeruší svou činnost nebo u nich dojde k emočním výkyvům a klade zvýšené nároky na zvládnutí situace. Takové chování se vyskytuje buď opakovaně každý den po dobu několika minut, nebo alespoň jednou týdně po dobu delší než jedna hodina. Mezi tato chování patří **například** křik, pláč, neustálé mluvení (dotazování – verbální obtěžování), verbální agrese, sebe zraňování se s nízkou intenzitou, obnažování se, masturbace bez potřeby vyhledání soukromí, vydávání zvuků nebo tleskání v MHD aj.

Jiná sociálně nevhodná nebo zdraví ohrožující chování

- (věku neadekvátní) konzumace předmětů; nespavost, požívání nejedlých předmětů, utíkání lezení do výšek, skákání do vody, utíkání

Při zřizování a následném provozování pobytových služeb pro klienty s PAS a nebo jinou PVP s CHVMP je důležité mít stále na mysli určitá specifika, která se váží na diagnózu PAS.

Tato specifika je nutné brát na zřetel zejména v případech, kdy klienti (pobytových) služeb budou přicházet převážně z rodinného prostředí, které ze své podstaty bude velmi rozmanité. Tzn., že jednotliví klienti budou zvyklí na odlišná prostředí a výchovné vedení, budou mít různorodé návyky, budou vyžadovat dodržování svých stereotypů, budou mít své vlastní potřeby, které se mohou vylučovat a být v protikladu s potřebami ostatních klientů. Mnozí budou ve věku, kdy dokončili své školní vzdělávání, tzn., že jsou zvyklí na to, že mají svůj den vyplněný specifickými vzdělávacími, relaxačními a volnočasovými aktivitami. Absence školní docházky může u klientů zhoršit jejich chování z důvodu nedostatečně naplňovaných potřeb. Lidé s PAS mají obecně problém s vyplněním volného času. Je třeba jim neustále vymýšlet



a nabízet různé aktivity. Tím se předchází případnému problémovému chování, které musí být někdy řešeno i fyzickou restrikcí. Ke zhoršení chování může dojít i z důvodu umístění do pobytové služby. Důvodem může být neschopnost vykomunikovat s klientem změnu jeho životního stylu. Je nutné vědět, že adaptace na změny může být u každého klienta různě dlouhá a bude vyžadovat odborný pečující přístup ze strany personálu.

Chování se u klientů může zhoršit i v případě, že klient je již na službu adaptovaný. Příčinou zhoršení chování může být i problémové chování jiného klienta, kdy jeden klient může rozhodit celou domácnost. Vymizení problémového chování by nemělo být indikací k ukončení pobytové služby. Specifičnost sociální pobytové služby pro klienty s PAS s problémovým chováním spočívá v tom, že pokud je klient do služby zařazen, jen ve výjimečných případech bude schopen ze služby vystoupit. Většina klientů pobytové služby bude doživotním uživatelem z důvodu specifičnosti diagnózy PAS.

Je žádoucí, aby nedocházelo ke snižování personálního obsazení v případech, kdy u klientů problémové chování vymizí. K vymizení dochází ve chvíli, kdy jsou naplňovány potřeby klientů, klienti přijali domácnosti za svůj domov, prožívají pocity bezpečí, přijetí. Péče o ně jim pomohla řešit potíže s přijetím změn, denní program je pro ně předvídatelný. Postupně dochází k řešení nevhodného stereotypního chování a rituálů a nácviku funkční komunikace. Z podstaty diagnózy PAS je dobré u klientů vědět, že mnozí mají potíže s přenesením naučeného chování na nové či částečně odlišné životní situace a problémové chování se může kdykoli objevit. A pro zajištění bezpečnosti klientů i personálu je tedy nutné, aby navrhovaný počet personálního obsazení zůstal zachovávan po celou dobu, kdy klienti službu využívají.



2. Optimální podoba sociálních služeb

Ambulantní služby sociální péče

Úvod: potřebnost ambulantních služeb sociální péče

Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování. Pro pečující osoby o osoby s PAS představují ambulantní služby zejména možnost sdílené péče, tedy možnost mít zajištěnou péči o osobu s handicapem přes den. Rodiče se pro ambulantní služby nejčastěji rozhodují v době, kdy jejich dítě již nemůže využívat nabídky školského vzdělávacího systému a rodina nechce péči o dítě řešit prostřednictvím pobytové služby.

Druhy tohoto typu služeb (výčet druhů služeb a jejich základní charakteristika)

Ambulantní služby sociální péče mohou lidé s autismem využívat zejména prostřednictvím těchto sociálních služeb:

- centra denních služeb,
- denní stacionáře,
- sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením,
- sociálně terapeutické dílny,
- sociální rehabilitace.

Podoba služby a prostředí

Popis služby typu denního stacionáře

Svou povahou se program nabízený prostřednictvím většiny ambulantních služeb podobá času, který osoba s PAS trávilo jako dítě ve škole, anebo dospělý člověk v zaměstnání. Ambulantní zařízení nabízející služby lidem s autismem nabízí kromě činností spojených s podporou a rozvojem sebeobsluhy i terapeutický program spojený s pracovními činnostmi. Ze standardů nastavených pro poskytování ambulantních služeb lze vycházet i v případě nastavení denních programů v rámci pobytových služeb.

Cílová skupina z hlediska věku

Sociální službu obvykle poptávají pečující osoby s cílem překlenout čas života mezi ukončením školní docházky a umístěním potomka v celoroční pobytové službě nebo v týdenním stacionáři.



Lokalita

Vzhledem ke skutečnosti, že osoba s autismem do zařízení denně dojíždí, je základním předpokladem poskytované ambulantní služby její **regionální dostupnost**. Tato vzdálenost by měla odpovídat běžnému času, který člověk využívá k dopravě do školy či zaměstnání (cca 45 minut).

Kapacita

Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče (MPSV, 2013) uvádí u ambulantních služeb maximální kapacitu služby v 1 objektu 36 uživatelů. Z pohledu humánního je tento větší počet klientů v jednom objektu zařízení sociálních **ambulantních** služeb přijatelný bez problémů i pro naši cílovou skupinu. Podobně jako v běžném životě je rozdíl mezi pracovištěm (školou), kde člověk může trávit čas ve větší skupině osob, a bydlením, kde by měl mít zajištěné určité soukromí a svobodu. Ideální počet klientů na jednom pracovišti v rámci celého objektu (tedy v jedné místnosti) je třeba řešit vždy individuálně s ohledem na konkrétní uživatele služby, jejich specifika a potřeby. Pracovní skupiny by ale měly být co do počtu osob menší, ideálně 3 osoby v 1 místnosti. Tzn. v objektu pro výše uvedených 36 klientů by pak bylo třeba zřídit minimálně 12 pracovišť (12 samostatných místností).

Stavebně technické řešení

Velikost prostor je uzpůsobena potřebám uživatelů a druhům a metodám práce používaných v poskytované službě. U lidí s autismem je lépe volit prostory pro menší počet klientů, zařizovací předměty navrhovat z odolných materiálů, myslet na mechanické zabezpečení elektrotechniky, oken, topení apod. Součástí zařízení by měla být relaxační (klidová) místnost a zázemí pro personál. Ambulantní služby by měly být odděleny od bydlení uživatelů tak, aby uživatel stejně jako při cestě do práce či do školy musel překonat určitou vzdálenost. Z pohledu materiálního zabezpečení služby je pro kvalitní službu pro lidi s autismem zásadní mít možnost využívat pro přepravu klientů automobil. Pro většinu klientů s chováním vyžadujícím vysokou míru podpory je cestování hromadnou dopravou a s tím spojené větší množství cizích lidí, hluk, nepředvídatelnost situace, změny, čekání, natolik stresující, že výsledná úzkost, frustrace či panika z nastalé situace vede k incidentu (sebepoškozování – kousání, škrabání, tlučení hlavou, k ničení věcí, k agresi vůči ostatním lidem, k nepředvídatelnému chování - křik, útěk, skok do vozovky,...). Aby poskytovatel mohl tyto stresové situace co nejvíce eliminovat, potřebuje k poskytování služby automobil(-y), který splňuje technické a bezpečnostní požadavky, zejména pak vybavení certifikovanou bezpečnostní přepážkou pro převoz lidí



v odděleném prostoru tak, aby klienti nemohli napadnout personál ani sebe sama vzájemně. Bez možnosti využívat vlastní automobil pro převoz klientů může dojít k tomu, že asistent z obav z incidentu svého klienta, raději nebude opouštět zařízení, klient se nedostane na výlet, do školy, k lékaři... Pro řadu lidí s autismem i samotná aktivita – jízda autem – představuje smysluplnou náplň trávení volného času. Tyto skutečnosti pak zákonitě povedou k snížení kvality poskytované služby.

Personální zajištění služby

Pokud je člověk s CHVMP kvůli svému handicapu neschopen trávit čas ve větší skupině lidí, pak by mělo být personální obsazení zařízení ambulantních sociálních služeb nastaveno tak, aby personál zajistil potřebnou kvalitu služby, tedy zejména měl čas a prostor se věnovat prevenci problémového chování. V případě, že incident již nastane, tak aby byl personál kapacitně schopen incident bezpečně zvládnout. V takovém případě by byl ideální počet personálu pro jednu skupinu klientů podobný personálnímu řešení domácnosti pro pobytové služby. Tedy na 1 místnost zařízení ambulantních sociálních služeb připadají 3 pracovní místa (tedy 3 klienti s autismem) plus 2 lidé z personálu.

Odbornost pracovníků působících v zařízení vychází z konkrétních odborných programů zařízení ambulantních sociálních služeb (v zařízení může dle individuálních potřeb klienta pracovat například speciální pedagog, fyzioterapeut, ergoterapeut, arteterapeut, řečový terapeut). V rozpočtech ambulantních sociálních služeb typu denních stacionářů je třeba počítat s navýšením personálu v rozsahu 12 hodin týdně o pozici odborného pracovníka (což odpovídá pozici 0,5 úvazku).

Minimální personální standard (MPS): 3,5 úvazku

(při poměru osoby s PAS vs. personál 3:2 plus 0,5 úvazku odborného pracovníka (tj. 12 h, počítáno s provozem 8 hodin denně, 5 osmihodinových pracovních dní v týdnu, počet odpracovaných hodin na 1 úvazek pracovníka činí cca 24 hodin). Výpočet vychází z faktu, že pracovník na plný úvazek fakticky odpracuje cca 0,6 úvazku, tedy 24 hodin týdně)

Okamžitá kapacita služby: 3

Složení profesí (odhad na jedno pracoviště):

Sociální pracovník - 0,2 úvazku

Pracovník v sociálních službách - 2,8 úvazku

Odborný pracovník – 0,5 úvazku



Terénní služby

Úvod: potřebnost terénních služeb sociální péče

Dle § 33 odst. 4 se Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí. Pro danou cílovou skupinu představují klíčový předpoklad setrvání v přirozeném prostředí. Předcházejí zbytečné institucionalizaci klienta. Mají být dostupné v dostatečné míře vzhledem ke stavu klienta, individuálním potřebám jeho a jeho pečujících osob a v jeho přirozené komunitě.

Druhy tohoto typu služeb (výčet druhů služeb a jejich základní charakteristika)

Z terénních služeb využívá cílová skupina zejména těchto sociálních služeb:

- osobní asistence,
- odlehčovací služba,
- raná péče,
- sociálně aktivizační služba pro rodiny s dětmi.

Osobní asistence je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.

Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.

Raná péče je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které má zdravotní postižení, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.

Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi (SAS) jsou terénní, popřípadě ambulantní služby poskytované rodině s dítětem, u kterého existují rizika ohrožení jeho vývoje, nebo je jeho vývoj ohrožen v důsledku dopadů dlouhodobě obtížné krizové sociální situace, kterou rodiče nedokáží sami bez pomoci překonat a u kterého existují další rizika ohrožení jeho vývoje.



Podoba služby a prostředí

Popis služby rané péče

Pracovníci rané péče docházejí k rodině dítěte s postižením domů, a to v takové frekvenci, jaká je vzhledem k potřebám rodiny a ohrožení vývoje dítěte žádoucí. U dané cílové skupiny je třeba intenzivní podpory. Jednotlivé konzultace mají délku cca dvou hodin. Cílovou skupinou jsou děti do sedmi let věku. Na ranou péči může mít dítě a rodina nárok i před stanovením diagnózy na základě projevů indikujících její potřebnost.

Popis služby osobní asistence

Služba je poskytována v přirozeném prostředí klienta. Poskytuje se dětem od cca čtyř let věku, dospívajícím a dospělým. Osobní asistent pomáhá klientovi v oblasti soběstačnosti, denních činností a potřebného rozvoje a zároveň umožňuje pečujícím věnovat se jiným svým potřebám. Klient má právo čerpat osobní asistenci podle výše svých skutečných potřeb. Je třeba respektovat přání jeho /pečující osoby vzhledem k pohlaví asistenta (žena/muž).

Personální zajištění služby

Raná péče

Poradce rané péče – terapeut pro děti s PAS (odborný pracovník v přímé péči) se specializací na danou cílovou skupinu dětí. Má vzdělání například v oblasti speciální pedagogiky a/nebo dětské psychologie a výcvik v oblasti odborných programů pro děti s PAS, které dokázaly prokázat svou účinnost (tzv. „evidence based“ metody)⁶ například ABA terapie. Funguje též jako pracovník pro podporu rodičů, podporu vývoje dítěte a vytvoření kruhu podpory odborníků a neformální podpory pro rodinu. Na jednu návštěvu v rodině počítáme časovou dotaci cca 6 hodin (dvě hodiny strávené na cestě tam a zpět, dvě hodiny strávené v rodině, dvě hodiny zápis z konzultace a příprava na konzultaci).

Minimální personální standard (MPS): 1,0 úvazku/16 návštěv v rodině za měsíc/16 rodin (Minimální standard, který zabezpečuje kvalitu službu v souladu se zákonem a je podmínkou registrace, je v případě rané péče těžko odhadnutelný a jistě může být nižší než OPS. I méně intenzivní raná péče, než určuje OPS, může být pro rodinu přínosem – na rozdíl například od pobytových služeb, kdy může docházet k porušování lidských práv a od určité hranice poměru personál vs. klienti již nelze službu v souladu se zákonem poskytovat.

⁶ Seznam intervenčních metod, které lze považovat za ověřené v terapii autismu – viz odkaz: <https://postupy-pece.psychiatrie.cz/index.php/specialni-psychiatrie/f8-detska-psychiatrie-ii-autismus/intervence-u-autismu>



Optimální personální standard (OPS): 1,0 úvazku/16 návštěv v rodině za měsíc/8 rodin
(Poradce rané péče na 1,0 úvazku odpracuje 24 hodin týdně. V tomto čase zvládne udělat 4 konzultace spojené s návštěvou v rodině. Výpočet vychází z faktu, že pracovník na plný úvazek fakticky odpracuje cca 0,6 úvazku, tedy 24 hodin týdně, dále ze skutečnosti, že časová dotace na jednu návštěvu v rodině je cca 6 hodin – viz výše. V průměru navštíví poradce rodinu 2x v měsíci, tzn. 1 poradce by měl mít v péči maximálně 8 rodin. Tento údaj (2 návštěvy v měsíci) vychází ze statistik mapujících potřeby rodin v rané péči NAUTIS.)

Okamžitá kapacita služby: 8 (OPS) – 16 (MPS)

Složení profesí (odhad na jednu rodinu při OPS):

Sociální pracovník (poradce rané péče), případně v kombinaci s odborným pracovníkem (poradce rané péče) 0,125 úvazku/1 rodinu (tj. 1,0 úvazku na 8 rodin)
(pozn.: sociální pracovník musí být ve službě vždy, ale poradce rané péče může mít i vzdělání odborné – například psycholog)

Osobní asistence / odlehčovací služby / SAS

Terénní pracovník (osobní asistent) vykonává přímou sociální práci s klienty. Asistence se vykonává v poměru 1:1 (asistent: klient). O počtu úvazků tedy rozhoduje míra podpory osob s PAS (počet hodin). Tato potřeba se liší v závislosti na věku, chování a individuálních potřebách klienta a pečujících osob.

Minimální personální standard (MPS): 1,0 úvazku / 96 hodin za měsíc

(Vzhledem k poměru asistent vs. klient 1:1 se neliší personální standard od osobní asistence pro jiné cílové skupiny. V případě lidí s autismem je služba specifická v náročnosti péče, jak psychické, tak fyzické, což by mělo být zohledněno v počtu hodin supervizí, školení, vyšších mzdových (platových) tarifů osobních asistentů. Osobní asistent odpracuje týdně 24 hodin na plný úvazek. V tomto čase jsou ale započteny i hodiny strávené cestou na asistenci, vedení sociální agendy a dokumentace). Výpočet vychází z faktu, že pracovník na plný úvazek fakticky odpracuje cca 0,6 úvazku, tedy 24 hodin týdně. Efektivnější jsou zkrácené úvazky a DPP, kdy lze službu v asistenci lépe plánovat a efektivněji využívat fond pracovní doby, a to vzhledem k faktu, že poptávka ze strany klientů s autismem je nejčastěji v odpoledních hodinách. U lidí s chováním náročným na péči může nastat i situace, kdy je třeba na asistenci i 2 osobních asistentů, asistence 2:1 se uplatňuje i v době zaučování nových asistentů.)

Optimální personální standard (OPS): 1,0 úvazku/ 96 hodin osobní asistence

Okamžitá kapacita služby: 1



Složení profesí:

Sociální pracovník

Pracovník v sociálních službách

Závěr: Další specifika, podmínky, doporučení

Raná péče

Pracoviště rané péče pro rodiny dětí s mentálním postižením a pro rodiny dětí s PAS musí přijímat rodiny s dětmi s tímto postižením v celé škále potřebné podpory, včetně dětí s tímto postižením a kombinací s tělesným postižením. Pracoviště rané péče pro rodiny dětí se zrakovým či sluchovým postižením zase musí přijímat rodiny s dětmi s kombinací s mentálním, tělesným postižením. U rodin dětí s PAS pracoviště rané péče se s rodinami domluví, které pracoviště vzhledem k závažnosti projevů PAS chtějí zvolit. U rodin (klientů) s dítětem s vysokou mírou podpory, by mělo platit, že poradce by měl mít na ně vyšší kapacitu cca 0,2 úvazku na jednu rodinu.

Osobní asistence a terénní odlehčovací péče

Terénní pracovníci asistující klientům s obzvlášť náročným chováním (agrese, výrazný neklid) mají vzhledem k vyšší míře stresu a rizika nárok na podporu, úlevy nebo vyšší finanční ohodnocení. Může jít o nižší počet hodin asistence v rámci úvazku, častější supervizi, zvláštní finanční ohodnocení nebo čerpání jiných benefitů. Podpora musí být nastavena tak, aby služba dokázala motivovat asistenty i k práci s nejvíce náročnými klienty.

Pobytové služby

Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Dle formy a doby poskytování péče se dělí na týdenní, celoroční a odlehčovací. MTS je určen pro zařízení, která pečují o osoby s PAS vyžadující vyšší míru podpory (týká se jak osob nově přicházejících do zařízení z rodin, tak i stávajících pobytových zařízení, dlouhodobě pečujících o osoby z dané CS).

Úvod: potřebnost pobytových služeb sociální péče

Většina stávajících pobytových zařízení je určena pro jiné cílové skupiny (mentální retardace, kombinované vady) a pro uživatele s PAS jsou nevyhovující, a to i v případě malých „autistických“ skupin. Pravidla kolektivního způsobu života, která jiným cílovým skupinám vyhovují, jsou pro postižené s PAS složitá, nepochopitelná, traumatizující a jsou často spouštěčem nevhodného chování. Vzhledem k charakteru autistického postižení jsou uživatelé s PAS často terčem šikany. Ve všech typech pobytové služby vyhovují uživatelům malé komunity (max 5 klientů), aby bylo možno zajistit potřebnou míru podpory, bezpečí a individuální péči (úprava prostředí, režim dne, respektování priorit, vhodné aktivity apod.)



Neznamená to však v žádném případě vytváření ghatt. Dlouhodobé zkušenosti v exitujících domovech pro občany s PAS ukazují, že při individuálním odborném přístupu dochází i u uživatelů s velmi vážným problémovým chováním k výrazné redukci až vymizení tohoto chování a k vytváření pocitu sounáležitosti se spolubydlícími. Tento proces je dlouhodobý (několik let) a může být kdykoliv nešetrným neodborným zásahem vrácen k dřívějšímu nepříznivému stavu.

Týdenní a celoroční pobytové sociální služby představují pro danou cílovou skupinu zajištění možnosti trvalého bydlení v bezpečném prostředí s možností uspokojování všech potřeb, jak je to obvyklé v běžné populaci. V běžné populaci v určitém věku děti odchází ze své primární rodiny, bydlí na jiném místě, než rodiče a žijí svůj život, aniž by přerušili kontakt se svoji původní rodinou. Tyto služby vytváří pro uživatele prostředí co nejvíce podobné domovu. Druhým hlediskem je skutečnost, že rodiče stárnou, ubývají jim fyzické i psychické síly a potřebují mít jistotu kvalitního života pro své dítě do budoucna.

Odlehčovací pobytové služby umožňují odpočinek fyzické osobě, která pečuje o člověka se zdravotním postižením (osoby s PAS a CHVMP) v přirozeném sociálním prostředí. Tyto služby nenahrazují domov, mají zajistit bezpečné prostředí a uspokojování základních potřeb po dobu odpočinku pečující osoby, a to na dobu jednoho dne (24 hodin) až 3 měsíců.

Druhy pobytových služeb

Týdenní stacionáře

V týdenních stacionářích se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Týdenní stacionáře budou většinou využívat mladší občané s autismem, přesto by neměl být omezen jen na určitou věkovou skupinu. Je třeba počítat i se skupinou dětí, které si plní povinnou školní docházku i s dospělými klienty, kteří využívají službu jen ve všední den a víkendy tráví jinde.

Celoroční pobytové služby

Celoroční pobytové služby umožňují využívání služby během celého roku, jsou pro klienta domovem a způsobem poskytování by měly být co nejvíce podobné běžnému bydlení a běžnému způsobu života s ohledem na individuální potřeby. Klienti těchto služeb mohou souběžně využívat i další ambulantní sociální služby nebo tyto služby kombinovat.

U pobytových služeb pro dospělé není určena horní věková hranice.



Odlehčovací služby

Odlehčovací služby jsou pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.

Odlehčovací služby pobytové – je třeba rozdělit na pobytové služby pro děti školou povinné a pro dospělé. U dětí je žádoucí pokračovat ve školním režimu, nejlépe dovážením do školy, na kterou je dítě zvyklé. Vzhledem k tomu, že po nástupu do zařízení lze očekávat přechodné zhoršení chování klientů, je třeba zajistit větší počet kvalifikovaného personálu a upravit prostředí.

Určitý počet lůžek by měl být vyhrazen pro krizové situace, (např. náhlé onemocnění pečující osoby), další lůžka by sloužila plánovaným pobytům.

Podoba služby a prostředí

Prostředí

Lokalita respektuje individuální potřeby klientů. U některých osob s PAS a CHVMP bude upřednostňováno klidnější prostředí s případnou úpravou objektu (např. zvuková izolace). Pro klienty s vyšším potenciálem sociální integrace je vhodnější nemovitost v běžné občanské zástavbě. Sociální služba může být poskytována v bytové jednotce nebo samostatném domě.

Bytová jednotka – soubor místností, popřípadě jedna obytná místnost, která svým stavebně technickým uspořádáním a vybavením splňuje požadavky na trvalé bydlení a je k tomuto účelu užívání určena. Bytová jednotka je oddělena od zbytku domu, celý prostor lze uzamknout. Jedna bytová jednotka tvoří jednu domácnost. V jednom objektu mohou být 2 maximálně 3 byty (domácnosti).

Samostatný dům – Budova typu rodinného domu určena k trvalému bydlení s dvorkem nebo zahradou. V samostatném domě mohou být maximálně dvě domácnosti.

Domácnost – tvoří fyzické osoby, které spolu trvale žijí a společně se podílí na nákladech a provozu. Osoby v domácnosti by měly být kompatibilní. Domácnost tvoří pokoje uživatelů (upřednostňují se jednolůžkové), zázemí pro hygienu, pro přípravu a konzumaci jídla, pro odpočinek a společné trávení času.

Obecný návrh: Malá zařízení, dům se zahradou nebo byt jak v běžné zástavbě, tak v okrajových částech sídel nebo i zcela samostatné objekty. Předpoklad je dostupnost běžných služeb dopravou. Nesmí být vytvořena vyloučená lokalita nebo uzavřená enkláva uživatelů sociální služby.

Malá zařízení mohou být sdružena pod jedním provozovatelem, který zajišťuje provozní a personální záležitosti.



Předpokladem je sociální služba poskytovaná v přijatelné vzdálenosti od původní rodiny, to znamená ve vzdálenosti, která umožňuje pravidelný kontakt.

Týdenní pobytové služby

Služba poskytovaná od pondělí do pátku v bytových jednotkách nebo samostatných domech formou domácností. Doporučený věk uživatelů od 6 let věku.

Kapacita

Domácnost skupinová – doporučený počet je 3-5 uživatelů, maximálně 6 uživatelů v jedné domácnosti. V jednom objektu (samostatném domě) se doporučují 2 maximálně 3 domácnosti, celkem maximálně 18 uživatelů.

Domácnost individuální – maximálně 3 uživatelé v jedné domácnosti (bytě). V jednom objektu maximálně 3 domácnosti (byty).

Celoroční pobytové služby

Služba poskytovaná celoročně, v bytových jednotkách nebo samostatných domech formou domácností. Doporučený věk uživatelů od 18 let věku.

Kapacita

Domácnost skupinová – doporučený počet je 3-5 uživatelů, maximálně 6 uživatelů v jedné domácnosti. V jednom objektu (samostatném domě) se doporučují 2 maximálně 3 domácnosti, celkem maximálně 18 uživatelů.

Domácnost individuální – maximálně 3 uživatelé v jedné domácnosti (bytě). V jednom objektu maximálně 3 domácnosti (byty).

Odlehčovací služby

Pobytová služba poskytovaná od jednoho dne (24 hodin) až po dobu 3 měsíců. Služba je poskytovaná buď samostatně, nebo v rámci objektu s dalšími pobytovými či ambulantními sociálními službami, například vyčleněním jedné domácnosti či pokoje pro OS. Doporučený věk uživatelů od 3 let.

Doporučení: Oddělit odlehčovací službu poskytovanou dětem a dospělým.

Kapacita

Pokoj – doporučený jednolůžkový, maximálně dvoulůžkový pokoj

Domácnost – maximálně 3 uživatelé v jedné domácnosti (bytě). V jednom objektu maximálně 3 domácnosti (byty).



Personální zajištění služby

Personální zabezpečení přímé péče se řídí náročností péče o uživatele, potřebností zajistit nejen péči a bezpečnost, ale všechny zájmové, pracovní, volnočasové a další aktivity. Poměr pracovníci/uživatelé se může pohybovat od 1 pracovníka na 3 uživatele (stabilní domácnost, úspěšně zvládnutá adaptace všech uživatelů), přes 1 pracovníka na 1,5 uživatele (nejčastější forma) až po 3 pracovníci na 1 uživatele (u velmi náročných uživatelů, při počátečním stádiu adaptace, při mimořádných vyhrocených situacích).

Odborní pracovníci nezbytní pro zajištění služby

- **Sociální pracovník** – řešení sociální situace uživatele, práce s rodinou, poradenství. Vzdělání dle zákona 108/2006 Sb. Plný úvazek na 6-12 uživatelů, podle počtu uživatelů lze zkrátit nebo kombinovat úvazky s další pracovní pozicí, jednosměnný provoz.
- **Pracovníci v sociálních službách** (pracovníci v přímé péči) – zajištění přímé péče 24 hodin, zajišťování zájmových, pracovních a dalších aktivit, vzdělání dle zákona 108/2006 Sb., plný úvazek, třisměnný provoz.
 - Skupinová domácnost: 2-3 pracovníci na den v jedné domácnosti (2 PSS-ideálně kombinace 1 muž a 1 žena, 1 ergoterapeut)
 - 1 pracovník/ 2 – 3 uživatelé
 - Individuální domácnost - 2 pracovníci na den v každé domácnosti (1 PSS, 1 ergoterapeut) – ideálně kombinace 1 muž a 1 žena
 - 1 pracovník/ 1,5 uživatele
 - 1 – 2 pracovník na noc (PSS). Jestliže budou v objektu 2 nebo 3 domácnosti, pak v každé domácnosti 1 pracovník na noc, jestliže bude v objektu 1 domácnost, pak 2 pracovníci na noc
- **Ergoterapeut** (nebo speciální pedagog, etoped, aktivizační pracovník...) – vytváření denních programů, speciální terapeutické metody a postupy, metody zvládnání běžných denních situací, nácvik náročných situací pro uživatele, např. návštěva lékaře apod., plný úvazek, dvousměnný provoz (ranní a odpolední). Plný úvazek na 12 uživatelů.
- **Logoped** (práce v oblasti komunikace, alternativní a augmentativní komunikace, práce s piktogramy, vytváření procedurálních schémat). Jednosměnný provoz. Plný úvazek na 12 uživatelů.
- Všichni kmenoví zaměstnanci jsou zapojeni do přímé péče a do zajišťování všech základních činností dle zákona.



Profese	úvazek	Minimální personální standard	Optimální personální standard
Sociální pracovník	plný	18 uživatelů	12 uživatelů
Pracovník v soc. službách	plný	3 uživatelé	1,5 uživatele
Ergoterapeut (nebo aktivizační, výchovný pracovník)	plný	6 uživatelů	3 uživatelé
Logoped	plný	24 uživatelů	12 uživatelů

Odborní pracovníci doporučení, bez pracovního poměru (zajištění smluvně)

- **fyzioterapeut** – udržování, zlepšování fyzické kondice, zlepšování motoriky, koordinace směrem ke zvyšování soběstačnosti, péče o zdraví, relaxace, rehabilitace na základě poukazů (*pokud bude fyzioterapeut nebo jiný zdravotnický personál zaměstnancem sociální služby, která není registrovaná jako poskytovatel zdravotních služeb, nemůže tento odborník vykazovat úkony na pojišťovnu, tudíž náklady s ním spojené by šly z peněz sociální služby*)
- **psycholog, psychoterapeut** – pro uživatele, pracovníky i rodinné příslušníky uživatele
- **supervizor**
- arteterapeut, muzikoterapeut
- terapeut KBT, terapeut ABA apod. Užší odbornost podle potřeb služby.

I u případných pomocných profesí, nutných pro chod služby (kuchař, řidič, uklízečka apod.) je třeba zajistit aspoň základní proškolení o specifických problémech autismu.

Dobrovolníci – podmínky jsou stanoveny zákonem (Zákon č. 198 o dobrovolnické službě), dobrovolník tedy nesmí vykonávat základní činnosti sociální služby.

Odborníci, jejichž služby se nevyužívají pravidelně např. lékaři jiných odborností, by měli být předem informováni o návštěvě či hospitalizaci pacienta s PAS. Pro případ nutné hospitalizace má každý klient připraven tzv. nemocniční pas, kde kromě základních informací, jsou i informace o autistických specifikách klienta (způsob funkční komunikace, smyslové abnormality, stravovací návyky, spouštěče agresivního chování apod.). Provozovatel by měl být připraven na situaci, kdy pobyt uživatele v nemocnici bude vyžadovat přítomnost pracovníka zařízení.

Minimální personální standard: 15,5 úvazku

(při poměru osoby s PAS vs. personál 3:2 plus 0,5 úvazku odborného pracovníka (tj. 12 h, počítáno s provozem 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, počet odpracovaných hodin na 1 úvazek pracovníka činí cca 24 hodin). Výpočet vychází z faktu, že pracovník na plný úvazek odpracuje cca 0,6 úvazku, tedy 24 hodin týdně). 1 úvazek pracovníka odpracuje ve směnném provozu



37,5 hodiny týdně, z toho 0,6 úvazku je 22,5 hodiny týdně. 1 pracovník pokryje týdně 22,5 hodiny, fond týdenní pracovní doby v celodenním pobytovém zařízení je 168 hodin, tzn. potřebujeme 7,5 úvazku pracovníka k 1,5 klientovi. Při poměru 3:2 musíme počítat s 15 úvazky na zařízení. Plus navíc odborný pracovník 0,5 úvazku, který odpracuje cca 12 hodin týdně.

Okamžitá kapacita služby: 3

Složení profesí (odhad na jednu domácnost):

Sociální pracovník – 2 úvazky

Pracovník v sociálních službách – 13 úvazků

Odborný pracovník – 0,5 úvazku (odbornost dle zvážení poskytovatele s ohledem na potřeby uživatelů)