

Pojetí rané péče v Moravskoslezském kraji

Krnov, červen 2005

Objednatel: Moravskoslezský kraj, 28. října 117, 702 18 Ostrava

Zhotovitel: Slezská diakonie, Na Nivách 7, 737 01 Český Těšín

Děkujeme členům Asociace pracovníků v rané péči za podnětné připomínky k Modelu rané péče v Moravskoslezském kraji

Obsah

| | |
|--|----|
| Pojetí rané péče v Moravskoslezském kraji Krnov, červen 2005..... | 2 |
| Obsah..... | 3 |
| Úvod..... | 5 |
| Teoretická část..... | 7 |
| Raná péče v kontextu sociálních služeb..... | 7 |
| Raná péče v České republice..... | 13 |
| Postavení rané péče v právních aktech a dokumentech v ČR a MSK..... | 21 |
| Financování sociálních služeb..... | 26 |
| Analytická část..... | 28 |
| SWOT analýza současného stavu poskytování rané péče v Moravskoslezském kraji.. | 28 |
| Vyhodnocení dotazníku pro poskytovatele | 32 |
| Vyhodnocení dotazníku pro obce s pověřeným obecním úřadem..... | 44 |
| Model rané péče v Moravskoslezském kraji..... | 47 |
| Rozvojový plán služby rané péče v MSK na pět let | 58 |
| Závěr..... | 63 |
| Seznam literatury a pramenů..... | 65 |
| Slovník pojmů a zkratk užitých ve studii..... | 67 |
| Seznam příloh..... | 69 |

Úvod

Studie pojetí rané péče v Moravskoslezském kraji vznikla na objednávku Krajského úřadu Moravskoslezského kraje, a to v souvislosti s plněním krajského plánu vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením, dle opatření 6.3.

Záměrem kraje je postupně vybudovat komplex služeb s cílem poskytovat lidem využívajícím sociální služby informace o jejich právech, povinnostech a reagovat na jejich oprávněné požadavky, nabízet možnosti řešení náročné situace a být nápomocen při jejich uskutečňování. Jedním z poradenských celků je komplex služeb pod názvem raná péče.

V Moravskoslezském kraji (dále jen MSK) dosud neexistuje ucelená databáze poskytovatelů rané péče. Z těchto východisek vznikl i cíl studie, a to zmapovat současný stav sociální služby rané péče v kraji a navrhnout opatření k dalšímu rozvoji této služby v Moravskoslezském kraji.

Vypracování studie bylo zadáno Slezské diakonii.

Systém služeb rané péče se v České republice rozvíjí od počátku 90. let minulého století. Prvním ze zásadních iniciátorů bylo občanské sdružení, které v současné době působí pod názvem Společnost pro ranou péči a zastřešuje v celé republice síť středisek rané péče pro rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením. Tato organizace vycházela ze zkušeností zahraničních odborníků, formulovala obecné zásady a principy, které ranou péči jako obor charakterizují, a které byly zapracovány do Akreditačních standardů rané péče uváděných také jako obecné standardy rané péče. Tyto dokumenty postupně přejímali i další poskytovatelé zaměřeni na jiné cílové skupiny uživatelů služeb a v současné době jsou pro poskytovatele závaznou normou. Před dvěma lety vznikla Asociace pracovníků v rané péči jakožto celostátní profesní organizace, jejímž posláním je prosazování oboru rané péče jako terénní sociální služby poskytované rodinám dětí raného věku se zdravotním postižením či ohrožením vlivem sociálního prostředí.

Existence služby rané péče pomalu proniká do povědomí veřejnosti, ale i mezi zástupce veřejné správy, a to v celostátním i lokálním měřítku.

V teoretické části studie se zabýváme charakteristikou služeb rané péče v návaznosti na definici sociálních služeb, popisem cílové skupiny, principy včetně legislativních opatření. V analytické části jsme formou dotazníků mapovali současný stav rané péče v MSK.

Dotazníky byly vytvářeny a hodnoceny podle údajů uvedených v této části. Zástupce zjištěných poskytovatelů rané péče jsme pozvali ke spolupráci na tvorbě studie, společně byla vytvořena SWOT analýza současného stavu rané péče v MSK. Užší tým spolupracovníků se dále zabýval modelem rané péče v MSK – nastíněním možného vývoje služby v kraji. Závěrečné výstupy jsou zpracovány v rozvojovém plánu zmíněného modelu rané péče v MSK, kdy jednou z potřeb poskytovatelů je informovanost veřejnosti o službách rané péče formou propagačních materiálů.

Teoretická část

Raná péče v kontextu sociálních služeb

Již několik let je připravován zákon o sociálních službách, jenž by právě tuto problematiku pojímal globálně. V návrhu tohoto zákona je současně zdůrazněna sociální nezávislost a autonomie uživatelů služeb. Za koncepci odpovídá veřejný sektor, přičemž garantuje kvalitu poskytovaných služeb, odpovídá za akreditační řízení a finančně se účastní na rozvoji služeb.

Sociální služby jsou definovány z hlediska vymezení cílové skupiny (komu je služba určena), identifikace podstatných znaků služby a specifického cíle služby (očekávaný výsledek, změna v nepříznivé sociální situaci při využití dané služby).

Pro vymezení cílové skupiny se používá termín **nepříznivá sociální situace**. Ta je definována jako situace, v níž se lidé nacházejí jestliže pro svůj věk, ztrátu soběstačnosti, pro nemoc, zdravotní postižení, krizovou situaci, životní návyky, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné osoby nebo z jiných závažných důvodů, nejsou fakticky schopni zabezpečovat a uspokojovat své životní potřeby a tyto potřeby nejsou ani jinak zabezpečeny nebo jestliže jejich způsob života ohrožuje zájmy a potřeby společnosti.

Pro lepší orientaci můžeme sociální služby rozdělit do tří základních skupin, z nichž se budeme podrobně věnovat službám, kam raná péče spadá. První skupinou jsou **rezidenční služby**. Jedná se o služby pro klienty, kteří nechtějí či nemohou žít v přirozeném prostředí (domovy pro seniory a občany s postižením, penziony, chráněné bydlení, ústavy sociální péče, azylové domy a noclehárny aj.). Druhou jsou **služby sociální intervence** poskytující okamžitou a nepostradatelnou podporu v krizových situacích, pomáhající člověku znovu nalézt své místo ve společnosti. Jedná se o služby včasné pomoci, služby pomáhající při řešení problémů a služby zabezpečující podmínky pro přežití. Služby sociální intervence mají preventivní charakter (domy na půli cesty, denní centrum, terapeutické komunity, aj.). A poslední skupinou jsou **terénní služby**, které poskytují uživatelům možnost zachování takové kvality života, jenž by jim dovolila žít v přirozeném prostředí (zpravidla v jejich domácnostech). Mají za cíl se přirozenému prostředí co nejvíce přiblížit a mají podpůrný charakter (osobní asistence - jako komplex

služeb, pečovatelská služba, podporované bydlení, průvodcovské, tlumočnické služby aj.). Zde právě spadají služby rané péče, kterým se budeme v následujících kapitolách podrobně věnovat.

(Zdroj: Koncepce sociálních služeb v Moravskoslezském kraji, 2003)

Definice rané péče

Poslední zveřejněná úprava definice rané péče z návrhu zákona, § 36 je tato:

„Raná péče je terénní služba poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivé sociální situace. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby. Služba se poskytuje především v přirozeném sociálním prostředí osob.“

(Zdroj: Návrh zákona o sociálních službách, 2005)

Pro pochopení současného stavu rané péče v České republice uvádíme některé ze starších definic:

„Raná péče/intervence je komplex služeb orientovaný na celou rodinu dítěte raného věku se zdravotním postižením a ohrožením vlivem biologických faktorů nebo vlivem prostředí. Služby jsou zaměřeny na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte.“

(Zdroj: Akreditační standardy rané péče, 2002)

„Raná péče je orientovaná na celou rodinu s dítětem raného věku (do 4 resp. 7 let věku), jehož vývoj je ohrožen vlivem zdravotního postižení či biologickými faktory nebo prostředím. Do služeb se promítají pedagogická, sociální a zdravotní opatření. Cílem je vrátit nebo zachovat rodičům jejich kompetenci k výchově dítěte a k vytváření vhodných podmínek pro jeho vývoj.“

(Zdroj: Koncepce sociálních služeb v Moravskoslezském kraji, 2003)

„Raná péče je soustava služeb a programů poskytovaných dětem ohroženým v sociálním, biologickém a psychickém vývoji, dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám s cílem předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit jeho důsledky a poskytnout rodině, dítěti i společnosti předpoklady sociální integrace.“

(Zdroj: Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením, 1998)

***Poznámka:** dle našich zkušeností se mnozí poskytovatelé rezidenčních a intervenčních služeb hlásí k poskytování rané péče (poskytují služby pro děti v raném věku – denní centra, mateřská centra), jednou z možných příčin této skutečnosti může být, že v uvedených definicích nebyla zmínka o terénní službě (Asociace pracovníků v rané péči uvádí, že 75% služeb rané péče tvoří konzultace v rodinách)*

Charakteristika rané péče

Raná péče je orientována na terénní sociální práci, poradenství, socioterapii, rodinnou terapii, krizovou intervenci, svépomoc, komunitní práci. Programy rané péče jsou zaměřeny na mezioborovou spolupráci. Snahou této služby je i působení na veřejnost – vzdělávání směrem k toleranci a sociální inkluzi. V současné době je obecně kladen stále větší důraz na co nejefektivnější využívání raného věku dítěte. Uplatňování tohoto trendu v praxi má velký význam pro děti zdravé a můžeme říci, že v případě dětí s postižením sehrává úlohu někdy téměř nenahraditelnou. Rané dětství je nejvhodnější dobou pro probuzení mnoha skrytých vývojových možností, se kterými dítě přichází na svět. Nedostaví-li se v útlém dětství dostatek vhodných podnětů, pak možnost vypěstovat určitou dovednost, schopnost nebo vlastnost postupně mizí. Přestože mozek je schopen vytvářet nová nervová spojení po celý život, člověk se nejrychleji rozvíjí a nejlépe přizpůsobuje změnám v raném dětství.

(Zdroj: Speciální pedagogika, 2003)

Raněporadenská činnost

- a její služby jsou sestavovány na základě individuálních potřeb rodiny s dítětem se zdravotním postižením ve věku od narození do sedmi let života
- má preventivní charakter, protože snižuje vliv prvotního postižení a brání vzniku postižení druhotného
- posiluje rodinu, využívá jejích přirozených zdrojů tak, že i dítě s postižením může vyrůstat a prospívat v jejím prostředí

- má ekonomický přínos, postupně činí rodiče nezávislymi na institucích, snižuje nutnost ústavního pobytu a šetří tím státní výdaje
- předpokládá úspěšnou sociální integraci dítěte i celé rodiny
- je poskytována převážně v přirozeném prostředí dítěte (návštěvy poradenského pracovníka v domácím prostředí)
- poskytuje rodičům nezávislé informace

(Zdroj: <http://www.ranapece.cz/cojepece.htm>, červen 2005) Jako určující materiál, ze kterého jsme čerpali následující informace o rané péči (cíle RP, cílová skupina RP, principy RP – jedná se o citaci), jsme pojali Akreditační standardy rané péče, které jsou umístěny na stránkách MPSV.

Cíle rané péče

- snížit negativní vliv postižení nebo ohrožení na rodinu dítěte a na jeho vývoj
- zvýšit vývojovou úroveň dítěte v oblastech, které jsou postiženy nebo ohroženy
- posílit kompetence rodiny a snížit její závislost na sociálních systémech vytvořit pro dítě, rodinu i společnost podmínky sociální integrace

(Zdroj: Akreditační standardy rané péče, 2002)

Cílová skupina rané péče

Klientem rané péče je dítě a jeho rodiče, jestliže:

- u dítěte je zjištěno zdravotní postižení
- je zdravý vývoj dítěte ohrožen v důsledku sociálního prostředí

u zdravotního postižení se rozumí i fyzická nebo právnická osoba, které je dítě svěřeno rozhodnutím příslušného orgánu do péče,

u sociálního ohrožení se rozumí rodiče nebo jiná fyzická osoba, které je dítě svěřeno do péče pravomocným rozhodnutím soudu

smyslové, tělesné, mentální nebo kombinované

v případě, že dítěti a jeho rodičům nebude poskytnut komplex služeb rané intervence, je dítě ohroženo odebráním z rodiny do ústavní péče

Věk dítěte:

Služby rané péče jsou rodině poskytovány od zjištění rizika (včetně zjištění postižení /ohrožení dítěte během prenatálního období) do doby, kdy pominou důvody pro poskytování služeb rané péče, maximálně však do nástupu dítěte do předškolního nebo školního zařízení, zpravidla do:

- dosažení věku 4 roku (u dítěte se zdravotním postižením/s ohrožením vývoje)
- nebo do dosažení věku 7 let (u dítěte s kombinovaným zdravotním postižením)

(Zdroj: Akreditační standardy rané péče, 2002)

Principy služeb rané péče

Pracoviště rané intervence musí při poskytování služeb rané intervence naplňovat tyto principy:

Princip důstojnosti

Respektovat individualitu dítěte a kulturní, sociální a výchovné zvláštnosti každé rodiny.

- jednat s klientem v každé situaci dle zásad partnerství
- prostor pro ambulantní programy je zařízen a vyzdoben tak, aby klienta neurážel a nesnižoval jeho důstojnost
- dokumentace je vedena s ohledem na důstojnost klienta

Princip ochrany soukromí klienta

Během konzultace v domácím prostředí klienta vstupuje pracovník služeb rané intervence pouze na ta místa, kam je zván.

- veškeré informace o klientovi jsou poskytovány pouze s jeho souhlasem

- s dokumentací o klientovi se nakládá jako s důvěrným materiálem

Princip zplnomocnění

Pracovník respektuje právo klienta na kvalifikované a objektivní informace v množství, jaké si vyžádá právo a zodpovědnost klienta rozhodovat o sobě.

- při plánování a hodnocení programu služeb rané intervence jsou rodiče členy interdisciplinárního týmu
- služby rané intervence podporují právní vědomí rodin a sounáležitost klientských skupin

Princip nezávislosti

Služby rané intervence podporují u rodičů a dítěte nacházet a využívat vlastní zdroje a schopnosti ke zvládnutí situace, v níž se nacházejí.

- služby jsou klientovi poskytovány takovým způsobem, aby nečinily rodinu závislou na žádné výchovně-vzdělávací instituci ani pobytové (ústavní) instituci, od nichž musí být služby rané intervence obsahově, finančně i personálně odděleny

Princip týmového přístupu a komplexnosti služeb

Spolupráce externích i interních členů v interdisciplinárním týmu a jejich vzájemná informovanost přináší ve svých důsledcích kvalitativní, časové a ekonomické výhody pro klienta a společnost.

- klient je zván k rozhodujícím jednáním

Princip přirozenosti prostředí

Převážná část služeb je klientům (podle specializace pracoviště) poskytována v přirozeném prostředí dítěte, tj. v rodině.

- služby rané intervence volí takové metody, které podporují přirozené prostředí v rodině i komunitě dítěte, kde je speciálního pouze tolik, kolik je nezbytně třeba
- pracovník si domlouvá domácí konzultace tak, aby respektoval běžný chod a rytmus rodiny

Princip práva volby

Klient se může rozhodnout pro přijetí či nepřijetí nabízených služeb.

- služby rané intervence jsou koncipovány na základě spolurozhodování o výběru služeb a tvorbě individuálního plánu

Princip kontinuity péče

V rámci ukončování péče je klient informován o návazných službách a je mu nabídnuto jejich zprostředkování v regionu.

- služby rané intervence podporují sociální integraci dítěte a jeho rodiny v rámci komunity a regionu

(Zdroj: Akreditační standardy rané péče, 2002)

Raná péče v České republice

Politické změny po roce 1989 umožnily vznik profesionálních služeb rané péče pro rodiny s dětmi s postižením. Úkoly rané péče nejsou nikterak zajišťovány státem, ale převážně prostřednictvím organizací neziskového sektoru. Tento stav umožnil na jedné straně poměrně rychlý, dynamický rozvoj této služby, avšak na druhé straně se služba potýká s nedostatečným finančním zabezpečením, ale i s dostupností služeb v jednotlivých regionech. Český model rané péče „Provázení“ vznikl od poloviny 80. let v rámci praktického působení poradenských pracovníků pro rodiny s dětmi se zdravotním postižením. Vychází z poznatků jak mezinárodního měřítka, tak i domácích autorů (Matějček, Langmeier, Damborská, Čálek). Během koncipování tohoto modelu byla raněporadenská praxe ovlivněna některými novými směry práce s klientem jako je nedirektivní přístup, systemický přístup a neexpertní přístup. Model rané péče se skládá ze tří programů: podpora vývoje dítěte, podpora rodiny a působení na společnost. Od roku 1994 praktikuje tento model síť Středisek rané péče (center pro podporu a provázení rodin s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením).

(Zdroj: Raná péče pro rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením, 1998)

Současný stav

Jak už jsme zmínili, v současnosti poskytují služby rané péče zejména nestátní neziskové organizace. V září roku 2003 vznikla Asociace pracovníků v rané péči jako občanské sdružení se sídlem v Praze. Asociace pracovníků v rané péči je celostátní profesní organizace, jejímž posláním je prosazování oboru rané péče jako terénní sociální služby poskytované rodinám dětí raného věku se zdravotním postižením či ohrožením vlivem sociálního prostředí.

V současné době sdružuje asi 25 členů z více než deseti organizací, kteří chtějí společně prosazovat obor rané péče, podporovat růst jeho kvality a také sdružovat a podporovat pracovníky v rané péči. Asociace je postavena na jasných pravidlech a otevřených mechanismech závazků a zjišťování kvality služeb rané péče. Členům umožňuje odbornou výměnu zkušeností širšího pole názorů a supervizi na jednotlivých pracovištích. Zapojením pracovníků různých organizací poskytujících služby rané péče do této Asociace dává možnost ovlivňovat politické procesy i na národní úrovni, zapojovat se do dialogu o směřování služby a dostávat se k potřebným informacím.

Poskytovatelé rané péče se rozlišují dle cílových skupin (podle Asociace pracovníků v RP):

- rodiny s dětmi s těžkým zrakovým a kombinovaným postižením
- rodiny s dětmi s těžkým sluchovým a kombinovaným postižením
- rodiny s dětmi s mentálním, pohybovým a kombinovaným postižením a ohroženým vývojem
- rodiny s dětmi ohroženými odebráním z rodiny ze sociálních důvodů

Cíle Asociace

- sledování, podpora a zvyšování kvality služeb rané péče
- prezentace rané péče jako oboru a služby pro laickou i odbornou veřejnost a potencionální klienty
- prosazování oboru rané péče

- ochrana a hájení zájmů jednotlivých pracovníků rané péče
- zvyšování prestiže profese poradce rané péče
- zajišťování vzdělávání pracovníků v rané péči

Činnosti Asociace

- poskytování vzájemné odborné podpory (supervize)
- poskytování odborné garance
- odborná a publikační činnost
- šíření informací směrem k odborné a laické veřejnosti
- mezinárodní spolupráce
- poskytování dalšího vzdělávání

(Zdroj: Stanovy občanského sdružení – Asociace pracovníků v rané péči z roku 2003)

Raná péče v MSK

Poskytování rané péče v MSK nebylo dosud zmapováno. Poskytovatelé rané péče o sobě vzájemně neví, existence služby není v povědomí ani odborné veřejnosti (pracovníci sociálních úřadů, zdravotníci), natož veřejnosti laické. Na oficiálních stránkách Moravskoslezského kraje v databázi poskytovatelů jsou uvedeni pouze dva poskytovatelé rané péče: Společnost pro ranou péči – Středisko rané péče Ostrava a Slezská diakonie – středisko Benjamín. Vyhodnocení současného stavu rané péče v MSK je zveřejněno v analytické části studie.

V tabulkách níže uvedených se zabýváme počty dětí narozených v MSK. Sdružení zdravotně postižených v České republice přiznává, že přesná evidence dětí (i dospělých) osob se zdravotním postižením neexistuje, obecně se však předpokládá, že 9 % populace má nějaké zdravotní postižení. Na základě tohoto hypotetického odhadu je počet dětí raného a předškolního věku se zdravotním postižením následující:

Tabulka č. 1 Hypotetický odhad počtu dětí se zdravotním postižením v MSK

| Věková skupina | Počet dětí v MSK za rok 2003, celkem: | Hypotetický počet dětí se zdravotním postižením v MSK (9% z celkového počtu) |
|-----------------------|--|---|
| 0 | 11 494 | 1 035 |
| 1-4 | 44 845 | 4 036 |
| 5-9 | 61 029 | 5 493 |

(Zdroj: Český statistický úřad, 2003)

Informace o počtu dětí v MSK jsou získány od Českého statistického úřadu: Věkové složení obyvatel v oblasti Moravskoslezsko podle věkových skupin k 31. 12. 2003. Český statistický úřad nevede věkovou skupinu 0-7 let, proto je věk dětí v tabulce uveden až do věku 9 let.

Tento počet představuje děti s různým druhem postižení. Celkově se pod zdravotním postižením skrývá postižení tělesné, mentální, smyslové – zrakové, sluchové, vady řeči, vnitřní postižení a postižení kombinovaná. Získané počty dětí můžeme tedy procentuelně rozčlenit na jednotlivé druhy postižení. K tomu jsou použita data, která uvádí Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v České republice, a která se podle ní shodují s údaji Evropské unie.

Tabulka č. 2 Hypotetický odhad počtu dětí se zdravotním postižením procentuálně rozdělený dle jednotlivých druhů postižení v MSK

| Věkové rozmezí | Počty dětí (zaokrouhлено) | | | | | |
|-------------------|---------------------------|---------|---------|---------|---------|--------|
| | ZP celkem | MP 29 % | VP 27 % | TP 12 % | KP 12 % | SP 8 % |
| 0 | 1 035 | 300 | 279 | 124 | 124 | 83 |
| 1-4 | 4 036 | 1 171 | 1 090 | 484 | 484 | 323 |
| 5-9 | 5 493 | 1 593 | 1 483 | 659 | 659 | 439 |

(Zdroj: Raná péče o děti se zdravotním postižením v Pardubicích, 2002)

Legenda: ZP – zdravotní postižení, MP – mentální postižení, VP – vnitřní postižení, TP – tělesné postižení, KP – kombinované postižení, SP – smyslové postižení

Poznámka: Počet zdravotně postižených – ZP celkem vychází z hypotetického odhadu, viz. tabulka č. 1

Potřebnost rané péče v MSK můžeme také orientačně určit podle výkazů, které každoročně odvádějí dětské lékaři a zpracovává je Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS):

„Publikace ÚZIS ČR je věnována krátkému přehledu prenatalně a postnatálně diagnostikovaných vrozených vad registrovaných v České republice v roce 2002 a 2003 u dětí narozených v roce 2002 jakož i krátkému srovnání s lety předchozími.“

Registrace vrozených vad má v České republice dlouholetou tradici a v současnosti je povinná.

(Zdroj: ÚZIS - Zdravotnická ročenka Moravskoslezského kraje, 2003)

Tabulka č. 3 Počet dětí s vrozenou vadou v Moravskoslezském kraji

| Rok | Počet živě narozených dětí v MSK |
|------|----------------------------------|
| 2000 | 534 |
| 2001 | 502 |
| 2002 | 548 |

(Zdroj: ÚZIS - Zdravotnická ročenka Moravskoslezského kraje, 2003)

Evropský model rané péče

Údaje o rané péči v Evropě jsme čerpali se závěrečné zprávy výzkumného projektu Evropské agentury, tvořené patnácti členskými státy EU, Norskem a Islandem. Popisované jevy a zjištění odpovídají situaci, jaká byla v jednotlivých zemích do konce května 1998.

Projektu se účastnili: Island, Francie, Belgie, Itálie, Portugalsko, Španělsko, Velká Británie (Anglie, Wales), Řecko, Irsko, Lucembursko, Nizozemí, Rakousko, Dánsko, SRN, Finsko, Norsko, Švédsko

Tato evropský projekt chápe ranou péči v širším smyslu jako veškeré služby poskytované dětem v raném věku a jejich rodinám.

Organizace a struktura

Služby odpovědné za realizaci rané intervence se v jednotlivých zemích, které byly součástí studie, velmi liší. Jejich činnost spadá do kompetencí různých ministerstev, což může přinášet problémy v koordinaci. Orgány zodpovědnými za řízení a organizaci těchto služeb jsou resorty sociálních věcí, zdravotnictví, školství a orgány místní správy.

Ve skandinávských zemích (Dánsku, Finsku, Norsku, Švédsku) a na Islandu jsou odpovědným činitelem orgány místní správy.

V Německu je ve všech spolkových zemích zajišťována raná intervence – mobilní rané vzdělávání. Ve většině spolkových zemích spadá do kompetence Ministerstva sociálních věcí, v některých spolkových zemích do kompetence resortu školství prostřednictvím systému speciálního vzdělávání.

V Irsku jsou za služby určené dětem s postižením odpovědní Regionální zdravotní rady.

V Portugalsku jsou ve většině případů služby rané intervence organizovány týmy složenými z odborných pracovníků resortu školství, sociálních věcí a zdravotnictví.

Rozdíly se objevují ve struktuře služeb. Obecně se jedná o tyto dva typy služeb, které pracují souběžně: veřejné služby na místní či regionální úrovni; soukromé služby, které jsou spravovány různými sdruženími, asociacemi apod. Lze říci, že týmy jsou organizovány na místní, případně regionální úrovni tak, aby byly pro rodinu fyzicky dosažitelné.

Financování

Úkolem služeb rané intervence je zajišťovat ekonomickou a odbornou pomoc dětem a jejich rodinám. Tato skutečnost je vytyčena v řadě legislativních norem – v zákonech, výnosech, předpisech apod.

V některých zemích, jako v Rakousku, Lucembursku a Nizozemí, nejsou tato opatření tak zřetelná, jako v ostatních zemích. To však nebrání tomu, aby děti i rodiny využívaly státní služby zdarma. V případě soukromých služeb, jsou tyto alespoň z části dotovány z veřejných prostředků. Ekonomický podíl rodiny je v těchto případech zanedbatelný nebo žádný. Pokud se rodiče rozhodnou pro soukromé služby, zajišťované soukromou

organizací, která je úplně nezávislá na státních orgánech, hradí rodina náklady za tyto služby v plné výši.

Týmy rané intervence

Všechny země uvádí, že služby rané intervence poskytují týmy pracovníků různého odborného zaměření. Raná péče bývá poskytována od zjištění postižení do doby nástupu do vzdělávacího zařízení. Ve většině zemí jsou služby poskytovány od narození dítěte do věku 3 let, v několika zemích jsou tyto služby poskytovány v úzké spolupráci se vzdělávacím systémem do 6 let věku dítěte. Všechny země zdůrazňují důležitost poskytování speciální pomoci a zajišťování péče co možná nejdříve.

Jednotlivé země se shodují v otázce hlavních kategorií odborných pracovníků, kteří se podílejí na realizaci rané intervence. Tyto kategorie zahrnují čtyři oblasti: lékařskou, zaměřenou zejména na orgánové funkce a rehabilitaci, oblast psychologickou a vzdělávací, v nichž je činnost zaměřena na rozvoj mentální, poznávací a intelektuální a oblast sociální zaměřující se na prostředí dítěte a jeho rodinu.

Druhy rané intervence

Jsou popisovány čtyři možné způsoby pomoci. Pomoc může být poskytována doma, ambulantně nebo v denním stacionáři, v zařízení rané intervence nebo v předškolním zařízení (ať již ve středisku denní péče, mateřské škole nebo v předškolním centru).

Pomoc poskytovaná v rodině zejména malým dětem je běžná v Dánsku, Lucembursku, Norsku, Švédsku a na Islandu. Tato forma péče však bývá kladena na první místo v ostatních zemích.

V Belgii ve Vlámské komunitě zákon stanoví, že 75 % podpůrné péče je prováděno doma. V Nizozemí je v realizaci péče o postižené dítě v současné době patrná změna. Dříve bylo dítě zařazeno do specializovaného střediska ve velmi nízkém věku. Nyní je strategie taková, že dítě by mělo zůstat co nejdéle v rodinném prostředí a služby jsou mu poskytovány tam.

Pomoc mohou rovněž poskytovat služby rané intervence. Tato pomoc může být prováděna ve střediscích specializovaných na příslušnou vadu.

Zeměmi, které zajišťují péči o postižené dítě v předškolních centrech, jsou Rakousko, Belgie, Dánsko, Nizozemí, Norsko, Portugalsko, Španělsko a Velká Británie (Anglie a Wales). I v těchto zemích existuje domácí provázení.

Žádná z výše uvedených možností není výlučná. Je možné je kombinovat s ohledem na věk a potřeby dítěte.

Raná péče/raná intervence je v Evropě úzce provázaná s dalšími typy služeb pro děti i dospělé s postižením. V jejím rámci na jednom pracovišti většinou existují služby poskytované v domácnostech (tým cestujících poradců) i služby ambulantní.

(Zdroj: Raná intervence v Evropě: Organizace služeb, pomoci dětem a rodinám. Trendy v 17 evropských zemích, 2000)

Postavení rané péče v právních aktech a dokumentech v ČR a MSK

Národní úroveň

V současné době je sociální politika a její problematika velmi úzce spjata s probíhající reformou veřejné správy (vznik krajů 2003) a komplikována faktem, že dosud nebyl schválen zákon o sociálních službách. Sociální politika státu rovněž prožívá v současné době proces ujasňování si problematiky a kompetencí státní sociální politiky v návaznosti na EU a sociální politiky krajů a měst, která bojují o svou identitu.

Hlavním cílem navrhovaného zákona o sociálních službách je podporovat proces sociálního začleňování a sociální soudržnost společnosti. Poskytovaná pomoc, kdy pomocí se rozumí takové spektrum činností, které jsou nezbytné pro sociální začlenění osob a důstojné podmínky života odpovídající úrovni rozvoje společnosti, by měla být:

dostupná: z hlediska typu pomoci, územní dostupnosti, informační dostupnosti a v neposlední řadě také z hlediska ekonomického

efektivní: bude uzpůsobena tak, aby vyhovovala potřebě člověka a nikoliv „potřebám“ systému

kvalitní: bude zabezpečována způsobem a v rozsahu, který odpovídá současnému poznání a možnostem společnosti

bezpečná: bude zabezpečována tak, aby neomezovala oprávněná práva a zájmy osob

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

(Zdroj: Návrh zákona o sociálních službách, 2005)

Do budoucna bude oblast sociálních služeb stále více ovlivňována zásahy kraje a jednotlivých obcí. Naproti tomu subsystém sociálních dávek je ve své většině řešen z úrovně municipalit a státu.

Jedním z dokumentů vyjasňující možnou budoucnost sociálních služeb v ČR je Bílá kniha v sociálních službách, vydaná MPSV v únoru 2003. Bílá kniha má charakter doporučení a usiluje o vyjádření celospolečenských potřeb.

„Tento dokument a připomínky k němu se stanou základní částí v přípravě legislativy, která postihuje přiměřenou rovnováhu mezi centrálními a místními pravomocemi. MPSV si klade za cíl vytvořit legislativní rámec, který umožní splnění politických cílů způsobem, který je v souladu s těmito zásadami. To znamená, že legislativa bude většinou spíše umožňovat než nařizovat.

(Zdroj: Bílá kniha v sociálních službách, 2003)

K problematice platných právních norem se vyjadřuje i návrh nového zákona o sociálních službách:

„Platná právní úprava umožňuje poskytovat osobám, které si nejsou schopny zabezpečit své základní životní potřeby (zpravidla z důvodu věku či zdravotního postižení) některé typy služeb (ústavní péči nebo pečovatelskou službu). Z výše uvedeného a současné praxe vyplývá, že ostatní sociální služby (např. osobní asistence, raná péče, kontaktní centra, odlehčovací služby), které svým charakterem lépe naplňují principy sociální integrace oproti službám „tradičním“, nemají zákonnou oporu. To zásadně brání žádoucímu rozvoji sociálních služeb a negarantuje občanům jako uživatelům, že tyto služby jsou poskytovány ve standardní kvalitě, případně že jsou vůbec dostupné.“

(Zdroj: Návrh zákona o sociálních službách, 2005)

V současné době odpovědnost za zajištění sociálních služeb leží v první řadě na státu, jak to definuje zákon č.100/1988 Sb. o **sociálním zabezpečení**. Kraje a obce ve svých

samostatných působnostech též přispívají k rozvoji sociálních služeb, jak se uvádí především v **zákonech o obcích** (č.128/2000 Sb.) a **o krajích** (č.129/2000 Sb.) a v **zákoně o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení** (č.114/1988 Sb.).

(Zdroj: Bílá kniha v sociálních službách, 2003)

NÁRODNÍ AKČNÍ PLÁN SOCIÁLNÍHO ZAČLEŇOVÁNÍ (NAPS/I)

Pro léta 2004 – 2006 byl pro Českou republiku zpracován historicky první národní akční plán sociálního začleňování. Je hlavním nástrojem strategie sociálního začleňování. Byl zpracováván v úzké součinnosti se všemi partnery, kterých se týká problematika potírání chudoby a sociálního vyloučení.

NAPS/i je obecně chápán jako politický dokument, který určuje strategie v souladu s evropskou unií a slouží především pro potřeby vymezení priorit při strukturálních změnách v ČR. Z našeho pohledu, tj. z pohledu poskytovatelů sociálních služeb, je to především dokument, který navrhuje, na co by měly být použity finanční prostředky ze strukturálních fondů.

V NAPS/i se služby rané péče dotýkají hned několik bodů:

„...budou podporovány takové sociální služby, směřující k setrvání (návratu) uživatele v jeho přirozeném prostředí“ (NAPS/i 3.3.3), „V dlouhodobém záměru vzdělávání a rozvoje výchovně vzdělávací soustavy ČR je cílem vlády vyřešit problematiku rané péče, resp. včasné intervence, neboť z hlediska perspektiv zdárného vývoje dítěte s postižením je třeba zahájit rehabilitaci a pedagogickou intervenci již v raném věku. Ke zlepšení dostupnosti včasné péče pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami je připravován rozvojový program včasné intervence dětí raného a mladšího věku a jejich příprava na vzdělávací proces.“ (NAPS/i 3.3.5) „Bude podporováno překonání meziresortních bariér mezi školstvím, sociálními službami...“ (NAPS/i 3.2.1)

(Zdroj: Národní akční plán sociálního začleňování, 2004)

Regionální úroveň

Za krátkou dobu existence krajů jako samosprávných celků můžeme hovořit pouze o jejich současnosti. Všechny kraje ČR bojují za svoji identitu, která je sice dána a jasně popsána

v krocích postupného přechodu zodpovědností na kraje, takzvané decentralizace, přesto se hodně zásadních věcí jeví jako formálních.

MSK má však v oblasti sociální politiky svoje specifika. Patří k největším krajům v republice a v současné době také ke krajům s největší nezaměstnaností a nejnižší průměrnou mzdou. Před rokem 1989 byl pro MSK typický především těžký průmysl a těžba surovin, a z těchto důvodů patřil k těm oblastem republiky, kde bylo po stránce sociální opravdu pečováno. I v současné době je v MSK poměrně hustá síť sociálních služeb, které však stojí před problémem transformace a příliš optimální není také jejich rozložení a kvalita.

V návaznosti na potřebu krajského úřadu zanalyzovat situaci v sociální oblasti a vytyčit priority kraje byla v říjnu zpracována 2003 Koncepce sociálních služeb v Moravskoslezském kraji. Koncepce byla zpracována Krajským úřadem, odborem sociálních věcí a zdravotnictví, oddělením sociálních služeb, v gesci výboru sociálního a zdravotního zastupitelstva kraje. Vzhledem k současnému systému financování sociálních služeb a celoevropskému trendu decentralizace a transferu zodpovědnosti a politické moci na regionální a místní úroveň, je tato koncepce chápána poskytovateli sociálních služeb jako určující a důležitý dokument.

Služba rané péče je na regionální úrovni považována za důležitý nástroj poskytování intervenčních služeb v komplexech za účelem celistvého řešení vzniklých sociálních problémů. Ukázkou toho, že koncepce sociálních služeb v MSK je živým dokumentem je objednávka zástupců kraje na zpracování právě této studie, což dokazuje, že v kraji existuje vůle ke změnám v sociální oblasti a k řešení aktuálních problémů.

(Zdroj: Raná péče v Krnově pro účely QuASi projektu, 2005)

Z legislativního hlediska je v regionální oblasti určující Zákon o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, který rozděluje pravomoce a povinnosti subjektů obcí a kraje:

„§ 14 (1) **Obec organizuje a poskytuje** sociální péči občanům v rozsahu stanoveném tímto zákonem. Za tím účelem ve spolupráci se státními orgány, občanskými sdruženími, církvemi, charitativními a jinými organizacemi a jednotlivci **vyhledává** občany, kteří potřebují sociální péči.

Obec nebo kraj poskytne v předem dohodnutém rozsahu organizacím a občanům poskytujícím sociální služby příspěvky na úhradu nákladů za tyto služby.

Obec a kraj sledují úroveň poskytovaných sociálních služeb, kontroluje hospodaření s poskytnutými příspěvky, vyžaduje jejich vyúčtování a vrácení v případě, jestliže byly použity v rozporu s účelem, na který byly poskytnuty."

(Zdroj: Zákon o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, 1988)

Místní úroveň

Místní akční plány sociálního začleňování (LAPs/i) x komunitní plánování

Z národního akčního plánu sociálního začleňování, ani z praxe nevyplývá, že by se pro nejbližší období počítalo se zpracováváním "LAPs/i". V NAPs/i je zřetelné uznání metody komunitního plánování a komunitních plánů, jako výstupů tohoto procesu a plnohodného dokumentu i pojiťka mezi lokální a národní úrovní v oblasti sociálního začleňování.

"Partnerství a plánování sociálních služeb na úrovni krajů, obcí, NNO a uživatelů sociálních služeb při tvorbě regionální sociální politiky je realizováno prostřednictvím **komunitního plánování**. Základem komunitního plánování je spolupráce zadavatelů (obcí a krajů) s uživateli (klienty) a poskytovateli (jednotlivými organizacemi) sociálních služeb při vytváření plánu a vyjednávání o budoucí podobě sítě služeb. Při plánování sociálních služeb se vychází z porovnání existující nabídky sociálních služeb se zjištěnými potřebami uživatelů a potenciálních uživatelů. Cílem je zajištění systému sociálních služeb na úrovni obce a kraje, který je chopen sledovat a vyhodnocovat změny v potřebách jednotlivých uživatelů i celé komunity a reagovat na ně. V současnosti jsou práce na komunitních plánech realizovány v polovině krajů a ve více než 50 městech." (NAPs/i 3.3.3)

Dostupnost sociálních služeb na úrovni jednotlivých obcí, regionů, krajů je zajišťována pomocí komunitního plánování, které je definováno jako otevřený a cyklický proces zjišťování potřeb a zdrojů a hledání řešení, která nejlépe odpovídají místním podmínkám a potřebám lidí. Do tohoto procesu jsou zapojeni zástupci všech stran, kterých se sociální služby dotýkají, tzn. zadavatelé - zástupci obcí/regionů/krajů, uživatelé a poskytovatelé sociálních služeb a veřejnost." (NAPs/i 5.1)

(Zdroj: Národní akční plán sociálního začleňování, 2004)

V Moravskoslezském kraji probíhá podle sdělení pracovníků jednotlivých městských úřadů a magistrátů ve městech 2. a 3. stupně (30 měst) komunitní plánování ve 12 městech: Bílovec, Bruntál, Český Těšín, Frýdek-Místek, Havířov, Karviná, Kopřivnice, Krnov, Nový Jičín, Ostrava, Příbor, Vítkov.

Financování sociálních služeb

Stát zajišťuje služby prostřednictvím vlastních příspěvkových organizací, jimž poskytuje provozní příspěvky, a dále uskutečňuje státní dotační politiku vůči samosprávám a nestátním neziskovým organizacím (NNO). Dotační politika vůči NNO je realizována formou každoročního vyhlašování dotačních programů pro nestátní subjekty.

Samosprávné orgány financují sociální služby na svém území dvěma způsoby – prostřednictvím vlastních příspěvkových organizací a dále formou dotací poskytovatelům služeb z vlastních rozpočtů. Dotace poskytovatelům služeb jsou poskytovány jednak formou dotací na provoz (účelová dotace na provozní příspěvek) a jednak formou dotací na rozvojové programy nebo formou grantů na konkrétní akce.

V souvislosti s reformou veřejné správy a vznikem krajů se situace pro poskytování dotací v letech 2001/2002 změnila.

System financování sociálních služeb poskytovaných NNO, jimiž jsou i zjištění poskytovatelé rané péče v MSK*, je ve srovnání s ostatními typy organizací nejméně stabilní. Financování je vícezdrojové – zčásti jsou služby financovány ze státního rozpočtu z kapitoly MPSV formou dotací nestátním neziskovým subjektům na sociální služby a zčásti z dalších veřejných rozpočtů (MSK financuje sociální služby formou vyhlašování dotačních řízení v sociální oblasti od roku 2002, MPSV podporuje od roku 2005 jen celostátně působící organizace – program podpory sociálních služeb na celostátní úrovni). Ostatní finanční prostředky získávají NNO formou sponzoringu, z prostředků nadací.

Raná péče je bezplatná služba. Některé doplňkové služby (jen u některých poskytovatelů rané péče v MSK) jsou hrazené uživateli, tato částka je však minimální. Základním rysem v oblasti financování služeb rané péče jako NNO je, že:

výše uvedené dotace ze státního rozpočtu i z jiných veřejných rozpočtů jsou nenárokové

poskytovatelé služeb musí každoročně obhajovat potřebu služeb v rámci každoročních dotačních řízení (služby rané péče neposkytuje stát, kraj a v mnoha případech ani obce a přitom jde o poskytování primárně potřebné chybějící sociální služby

současný systém financování služeb v oblasti NNO vytváří prostředí, které je v oblasti poskytovatelů služeb charakterizováno existenční nejistotou, nižšími mzdami a dále kumulací pracovních činností spojených s přetížeností pracovníků v organizacích.

(Zdroj: Analýza služeb pro občany se zdravotním postižením poskytovanými organizacemi občanů se zdravotním postižením v Moravskoslezském kraji, 2004)

Poznámka: zjištěnými poskytovateli rané péče v MSK jsou především nestátní neziskové organizace, jeden poskytovatel je příspěvková organizace.

Analytická část

SWOT analýza současného stavu poskytování rané péče v Moravskoslezském kraji

Na základě informací, které jsme získali z vrácených dotazníků jsme pozvali všechny poskytovatele rané péče v MSK k sestavení SWOT analýzy (analýza silných a slabých stránek, příležitostí a hrozeb, kterým jsou služby rané péče v MSK vystaveny).

Výstupy z této SWOT analýzy byly podkladem ke zpracování Modelu rané péče v MSK, který je jedním z výstupů této studie.

SWOT analýzu vytvořili 11. května 2005 v Ostravě zástupci organizací:

Slezská diakonie, Sociální služby města Havířova, Spolkový dům Mariany Berlové, Společnost pro ranou péči, Krajský úřad Moravskoslezského kraje.

SWOT analýza:

| S - silné stránky | W - slabé stránky |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">- přirozené prostředí – služba je poskytována v rodině- flexibilita – služba je individuálně šitá na jednotlivé rodiny (časová, místní, spolupráce se členy širší rodiny.- kvalita a profesionalita služby (existence a zavádění standardů kvality rané péče)- jasně vymezená cílová skupina- jasně vymezené teritorium působnosti- prezentace služby ⇒ dobré jméno rané péče- klientem je celá rodina- možnost a povinnost poradců RP se průběžně a systematicky vzdělávat a proškolovat s ohledem na potřeby cílové skupiny- informovaný poradce RP – komplexní pohled | <ul style="list-style-type: none">- chybí poskytovatel RP pro rodiny s dětmi se sluchovým postižením- nedostatečné územní pokrytí MS kraje službou RP- není daný „profil“ Poradce rané péče- nejsme schopni kapacitně reagovat na poptávku- poskytovatelé RP v MS kraji o sobě vzájemně nevědí- většina poskytovatelů nemá právní subjektivitu- prezentace výstupů RP- služba není samozřejmá pro každou rodinu- malá nebo téměř žádná výměna zkušeností s jinými poskytovateli služeb RP- chybějící systém supervize poradců- všichni dělají všechno |

na

problematiku cílových skupin

- dobré vybavení (pomůcky i technické zázemí)

- služba je zdarma

- ochota poskytovatelů RP k mezioborové

spolupráci

- osvěta a propagace

- zaměření na více typů postižení (různost

cílových skupin jednotlivých poskytovatelů)

- možnost supervizí

- mobilita – máme auta na cestování do rodin

- různorodost zřizovatelů poskytovatelů

(neziskové organizace i příspěvková organizace)

O – ohrožení

T - příležitosti

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - nedostatečné vymezení RP v oficiálních dokumentech (návrh zákona, koncepce kraje) - není zavedený systém RP - neochota resortu zdravotnictví a školství (lékaři, SPC...) spolupracovat s poskytovateli RP - financování RP v MSK - není síť rané péče - chybí větší osvěta a informovanost o službě, malé povědomí veřejnosti o službě RP a z toho plynoucí možné nepochopení charakteru služby RP - návaznost na RP - pod názvem raná péče se poskytují služby, které nejsou službami rané péče(jesle, mateřská centra...) - krátká historie RP a malé povědomí o RP v kraji | <ul style="list-style-type: none"> - podpořit rozvoj a dostupnost terénní služby RP a tím život v přirozeném rodinném prostředí - organizování setkání na různých úrovních (i mezioborových) - ochota ke spolupráci mezi jednotlivými poskytovateli RP - podpora a zájem MSK se zabývat systémem RP (zadání vypracování studie poskytovatelům RP v MSK) - ovlivnit vymezení RP v oficiálních dokumentech - spolupráce s místním „společenstvím“ (mateřská centra, mateřské školy, přednášková činnost...) - komunitní plánování - prezentace poskytovatelů v databázi sociálních služeb MSK, dále v informačních příručkách pro uživatele - metodika rané péče - zájem rodiny - vytvoření sekce poskytovatelů v MSK - příležitost spolupráce se zahraničím - prezentace výstupu RP |
|---|---|

- možnost zapojení poskytovatelů do Asociace
pracovníků v rané péči

Vyhodnocení dotazníku pro poskytovatele

Etapy průběhu dotazníkové akce

SESTAVENÍ DOTAZNÍKU

Dotazník obsahoval tři části:

- údaje o zřizovateli
- údaje o pracovišti rané péče
- průběh služby – dodržování standardů rané péče

Cílem dotazníku bylo zjištění současného stavu rané péče v MSK, a to zejména počet a cílovou skupinu poskytovatelů rané péče, rozsah poskytovaných služeb a dodržování standardů kvality rané péče. Otázky jsou formulovány tak, aby bylo zřejmé, že se jedná o službu rané péče.

Poznámka: kvalitu služeb rané péče jednotlivých poskytovatelů může posoudit inspekce kvality sociálních služeb MPSV

ZDROJE ZJIŠŤOVÁNÍ RESPONDENTŮ

a) **Databáze poskytovatelů sociálních služeb Moravskoslezského kraje.**

Kritérium výběru respondentů:

- typ služby - terénní, kombinovaný nebo intervenční,
- cílová skupina - děti nebo zdravotně postižení ve věku od narození (případně od 3 let).

Raná péče je sociální služba, proto jsme neoslovovali pedagogické a zdravotnické zařízení.

Počet respondentů zjištěných touto metodou: 39

b) **Dotazník na odbory sociálních věcí městských úřadů a magistrátů obcí s pověřeným** obecním úřadem. Jednou z otázek bylo zjištění poskytovatele služby rané péče v rámci jejich města, mikroregionu nebo jiného celku.

Počet respondentů zjištěných touto metodou: 2

c) **Analýza služeb pro občany se zdravotním postižením** poskytovanými organizacemi občanů se zdravotním postižením v Moravskoslezském kraji, kterou pro MSK zpracovala Slezská diakonie. Byla oslovena organizace uvedená jako poskytovatel rané péče.

Počet respondentů zjištěných touto metodou: 1

d) **Výzva pro poskytovatele rané péče** (viz. příloha č.11). Tímto způsobem jsme oslovili organizace, které službu rané péče poskytují a neobdrželi dotazník, aby nás kontaktovali. Výzva byla umístěna na webových stránkách odboru sociálních věcí Moravskoslezského kraje a v regionální příloze pro Moravskoslezský kraj deníku MF Dnes.

Počet respondentů zjištěných touto metodou: 0

e) **Oslovení organizátorů supervizí pracovníků v rané péči** (Dětské centrum Paprsek - Praha, Dětské centrum Burešov - Zlín). Těmto dvěma organizacím jsme zaslali dopis s žádostí o zprostředkování kontaktu na poskytovatele RP v MSK.

Počet respondentů zjištěných touto metodou: 0

ZASLÁNÍ DOTAZNÍKŮ

42 respondentům (viz. příloha č.4) byl zaslán dotazník (viz. příloha č.3), a to v písemné nebo e-mailové podobě.

Organizacím, které do termínu odevzdání dotazníku neodpověděly, byl dotazník ještě jednou zaslán e-mailem, popřípadě jsme odpověď zjistili telefonicky.

Vyhodnocení dotazníků

Získali jsme odpovědi od 41 respondentů. K poskytovatelům rané péče se přihlásilo 11 respondentů, 2 jsme po domluvě se zástupcem organizace vyřadili. Nejednalo se o ranou péči, ale o jiný typ služby (centrum denních služeb a jesle).

Do konečného vyhodnocení jsme zařadili všech 9 poskytovatelů.

STATISTICKÉ ÚDAJE

| | | | |
|----------------------------------|-----------|-------------|----|
| Počet odeslaných | 42 | | |
| Počet získaných odpovědí: | 41 | písemně | 24 |
| | | telefonicky | 17 |
| Neodpověděli: | 1 | | |

Na otázku: „Jste poskytovateli rané péče?“ odpověděli:

| | | | |
|------------------------------|-----------|---------------------------------|----------|
| ANO, poskytujeme RP: | 11 | vyřazeno | 2 |
| | | zaslány doplňující otázky | 4 |
| | | do konečného vyhodnocení | 9 |
| Ne, neposkytujeme RP: | 30 | | |

VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU

Otázka 1. Název organizace

Do vyhodnocení byli zařazeny tyto organizace:

1. Fond ohrožených dětí, pobočka Ostrava
2. Občanské sdružení vzájemné soužití, Ostrava
3. Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Benjamín, Krnov
4. Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Salome, Bohumín
5. Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Eunika, Karviná
6. Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Lydie, Český Těšín
7. Sociální služby města Havířova, Poradenské středisko pro rodinu a dítě „RaD“
8. Společnost pro ranou péči, Středisko rané péče Ostrava
9. Spolkový dům Mariany Berlové, Bruntál

Vyřazení z poskytovatelů služby rané péče:

1. Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR, Klub Zvoneček

důvod: jedná se o centrum denních služeb

2. Sociální služby Karviná, středisko Jesle

důvod: jedná se o zdravotnické zařízení

Otázka 2. Forma právní subjektivity:

občanské sdružení 4

církevní právnická osoba 1 (4 poskytovatelé)

organizace zřízená městem 1

Otázka 11. Specifikujte vaši cílovou skupinu:

| Cílová skupina | Počet poskytovatelů | Poskytovatelé |
|--|---------------------|---|
| rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením | 2 | Společnost pro ranou péči, Středisko rané péče Ostrava Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Salome, Bohumín |
| rodiny s dětmi se sluchovým a kombinovaným postižením | 0 | * |
| rodiny s dětmi s tělesným postižením | 3 | Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Salome, Bohumín Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Eunika, Karviná Spolkový dům Mariany Berlové, Bruntál |
| rodiny s dětmi s mentálním a kombinovaným postižením a ohroženým vývojem | 6 | Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Benjamín, Krnov Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Salome, Bohumín |

| | | |
|---|---|---|
| | | <p>Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Eunika, Karviná</p> <p>Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Lydie, Český Těšín</p> <p>Sociální služby města Havířova, Poradenské středisko pro rodinu a dítě „RaD“</p> <p>Spolkový dům Mariany Berlové, Bruntál</p> |
| <p>rodinám s dětmi ze sociokulturně znevýhodněného prostředí</p> <p>(rodiny s dětmi ohroženými odebráním z rodiny ze sociálních důvodů)</p> | 5 | <p>Fond ohrožených dětí, pobočka Ostrava</p> <p>Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Salome, Bohumín</p> <p>Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Eunika, Karviná</p> <p>Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Lydie, Český Těšín</p> <p>Občanské sdružení vzájemné soužití, Ostrava</p> |
| <p>jiné: <i>rodiny s dětmi s autismem</i></p> | 3 | <p>Sociální služby města Havířova, Poradenské středisko pro rodinu a dítě „RaD“</p> <p>Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Benjamín, Krnov</p> <p>Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Salome, Bohumín</p> |
| <p>jiné: rodiny s dětmi s poruchou komunikace</p> | 2 | <p>Sociální služby města Havířova, Poradenské středisko pro rodinu a dítě „RaD“</p> |

| | | |
|--|---|---|
| | | Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Salome, Bohumín |
| jiné: <i>rodiny s dětmi se syndromem CAN</i> | 1 | Fond ohrožených dětí, pobočka Ostrava |

Legenda:

Rozdělení cílových skupin bylo převzato z Asociace pracovníků v rané péči. Cílové skupiny uvedené pod pojmem „jiné“ vepisovali sami poskytovatelé.

* poskytovatelem je středisko Tamtam Olomouc (informaci o tomto středisku jsme získali až v konečné fázi zpracované studie)

Otázka 12. Věkové složení klientů:

| Věk dítěte | Počet poskytovatelů | Poskytovatelé |
|--------------|---------------------|---|
| 0 – 4 | 0 | --- |
| 0 – 7 | 7 | <p>Společnost pro ranou péči, Středisko rané péče Ostrava</p> <p>Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Benjamín, Krnov</p> <p>Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Salome, Bohumín</p> <p>Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Eunika, Karviná</p> <p>Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Lydie, Český Těšín</p> <p>Sociální služby města Havířova, Poradenské středisko pro rodinu a dítě „RaD“</p> <p>Spolkový dům Mariany Berlové, Bruntál</p> |
| Jiné: 0 - 18 | 1 | Fond ohrožených dětí, pobočka Ostrava |
| Jiné: 3 - 7 | 1 | Občanské sdružení vzájemné soužití, Ostrava |

Legenda:

Údaje uvedené pod pojmem „jiné“ vepisovali sami poskytovatelé.

Komentář:** Služby rané péče jsou rodině poskytovány od zjištění rizika (včetně zjištění postižení /ohrožení dítěte během prenatálního období) do doby, kdy pominou důvody pro poskytování služeb rané péče, maximálně však do nástupu dítěte do předškolního nebo školního zařízení, zpravidla do: dosažení věku 4 roku (u dítěte se zdravotním postižením/ s ohrožením vývoje) nebo do dosažení věku 7 let (u dítěte s kombinovaným zdravotním postižením). **Jiné věkové složení uživatelů neodpovídá definici sociální služby rané péče.

Otázka 13. Službu poskytuje na území:

| Poskytovatel | Území poskytování služby |
|---|---|
| Společnost pro ranou péči, Středisko rané péče Ostrava | území celého MS kraje |
| Fond ohrožených dětí, pobočka Ostrava | na území okresů Ostrava, Frýdek-Místek, Karviná a Nový Jičín |
| Občanské sdružení vzájemné soužití, Ostrava | Ostrava – Hrušov, Zárubek, Přívoz, Kunčičky |
| Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Benjamín, Krnov | západní polovina MS kraje (Krnovsko, Bruntálsko, Rýmařovsko, Osoblažsko, Opavsko, Hlučínsko, Vítkovsko a částečně Ostravsko |
| Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Salome, Bohumín | Bohumín a území 20 km od obce |

| | |
|--|-------------------------------|
| Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Eunika, Karviná | Karviná a blízké okolí |
| Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Lydie, Český Těšín | Český Těšín a blízké okolí |
| Sociální služby města Havířova, Poradenské středisko pro rodinu a dítě „RaD“ | Havířov a území 30 km od obce |
| Spolkový dům Mariany Berlové, Bruntál | Bruntál a blízké okolí |

Komentář: Grafické znázornění této tabulky jsou mapy (příloha č.6 – 9), které jsou rozděleny podle cílových skupin.

Otázka 14., 15 Kapacita pracoviště rané péče a Pracovníci v rané péči:

Vyhodnocení otázek je rozděleno podle cílových skupin, protože cílová skupina rodiny s dětmi se sociokulturně znevýhodněného prostředí užívá jiných metod práce. Souhrnné vyhodnocení by z tohoto důvodu bylo zkreslující.

Cílová skupina: rodiny s dětmi se sociokulturně znevýhodněného prostředí

| Maximální kapacita | Aktuální kapacita | Počet pracovníků /úvazek | Počet klientů na jednoho pracovníka na celý úvazek | Celkový počet rodin za rok 2004 |
|---------------------------|--------------------------|---------------------------------|---|--|
| není stanoveno | není stanoveno | 5/4 | 20 | 107* |
| 50 | 50 | 5/4 | --- | -- |
| --- | --- | --- | --- | --- |

* tento počet odpovídá věkové skupině dětí od 0-18 let

Cílová skupina: rodiny s dětmi se zdravotním postižením (zrakové, mentální, tělesné, kombinované, autismus, poruchy komunikace)

| Poskytovatel | Maximální kapacita | Aktuální kapacita | Počet pracovníků /úvazek | Počet klientů na jednoho pracovníka na celý úvazek | Celkový počet rodin za rok 2004 |
|--|---------------------------|--------------------------|---------------------------------|---|--|
| Společnost pro ranou péči, Středisko rané péče Ostrava | 49 | 49 | 3/1,7 | 25 | 58 |
| Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Benjamín, Krnov | 15 | 10 | 2/0,7 | 20 | 10 |
| Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Salome, Bohumín | 10 | 6 | 3/není stanoven o | není stanoveno | 6 |
| Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Eunika, Karviná | není stanoveno | 6 | --- | --- | 7 |
| Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Lydie, Český Těšín | --- | 6 | 2/není stanoven o | --- | 5 |
| Sociální služby města | 20 | 10 | 3/1 | 20 | 24 |

| | | | | | |
|--|-----|-----------|-------------|-----|------------|
| Havířova, Poradenské středisko pro rodinu a dítě „RaD“ | | | | | |
| Spolkový dům Mariany Berlové, Bruntál | 20 | 6 | 3-6 h/týden | --- | 2 |
| Celkem | --- | 93 | --- | --- | 112 |

Legenda:

--- respondenti údaj neuvedli, proto nelze určit počet

Komentář: Středisko rané péče v Ostravě poskytuje službu rané péče v MSK nejdéle, působí v MSK jako jediná organizace, která je zaměřena pouze na služby rané péče.

Raná péče u jiných organizací nemá svůj samostatný rozpočet, ten je odvislý z rozpočtu hlavní poskytované služby. Z tohoto důvodu u většiny poskytovatelů nejsou vyprofilované úvazky, mají menší aktuální kapacitu než maximální (není finančně zajištěna propagace, mají omezené prostředky na dojíždění do rodin...). Vzhledem k zajištění kvalitní služby rané péče by bylo vhodné zabezpečit tuto službu samostatně.

Všichni pracovníci v rané péči mají pedagogické, speciálně pedagogické, zdravotnické nebo sociální vzdělání, které si dále doplňují o odborné kurzy.

Otázka 16. Financování služby rané péče:

Forma právní subjektivity: organizace řízená městem – 1 organizace

Zdroj financí: 100% dotace města

- Sociální služby města Havířova, Poradenské středisko pro rodinu a dítě „RaD“

Forma právní subjektivity: církevní právnická osoba – 1 organizace (4 střediska)

Zdroj financí: financování není samostatné, je provázené s rozpočty středisek Benjamín, Salome, Eunika a Lydie (zdroj financí: MPSV, MSK, obce, dary a nadace)

- Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Benjamín, Krnov
- Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Salome, Bohumín
- Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Eunika, Karviná
- Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Lydie, Český Těšín

Forma právní subjektivity: občanské sdružení – 4 organizace

Zdroj financí: organizace jsou financovány z MPSV, MSK, obcí, darů a nadací

- Spolkový dům Mariany Berlové, Bruntál
- Fond ohrožených dětí, pobočka Ostrava
- Občanské sdružení vzájemné soužití, Ostrava
- Společnost pro ranou péči, Středisko rané péče Ostrava

Otázka 17. Jak jsou zájemci informováni o službě?:

| ZDROJ | Počet poskytovatelů |
|--|----------------------------|
| Informace od lékařů | 9 |
| Z tisku | 5 |
| Z letáčků | 9 |
| Z webových stránek | 4 |
| Jinak: <i>kabelová televize, besedy v mateřském centru, nástěnky, osobní kontakt, informace od sociálních pracovníků, od uživatelů služeb, z jiných zařízení</i> | |

Legenda: údaj „jinak“ dopisovali respondenti.

Komentář: Prioritou v informování potenciálních zájemců o službu je spolupráce s lékaři, kteří jsou hlavními zprostředkovateli služby rané péče pro potřebné rodiny.

Otázka 18. Uzavíráte s uživatelem písemnou dohodu o poskytování služeb?:

| | Počet poskytovatelů | Poskytovatelé |
|-----------------------------|----------------------------|---|
| Uzavírají písemnou dohodu | 6 | Společnost pro ranou péči, Středisko rané péče Ostrava Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Benjamín, Krnov Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Salome, Bohumín Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Lydie, Český Těšín Sociální služby města Havířova, Poradenské středisko pro rodinu a dítě „RaD“ Spolkový dům Mariany Berlové, Bruntál |
| Neuzavírají písemnou dohodu | 3 | Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Eunika, Karviná Fond ohrožených dětí, pobočka Ostrava Občanské sdružení vzájemné soužití, Ostrava |

Komentář: Standardy kvality sociálních služeb: Veškeré sociální služby by měly být poskytovány na základě uzavřené dohody o poskytování služby. Dohoda stanoví všechny důležité podmínky o poskytování služby.

Otázka 19. Procentuelně vymezte formy a druhy služeb

| Poskytovatel | V rodině (%) | Ambulantně (%) | Jiné (%) |
|--|---------------------|-----------------------|-------------------|
| Společnost pro ranou péči, Středisko rané péče Ostrava | 75 | 25 | 0 |
| Fond ohrožených dětí, pobočka Ostrava | 40 | 60 | 0 |
| Občanské sdružení vzájemné soužití, Ostrava | 30 | 70 | 0 |
| Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Benjamín, Krnov | 80 | 20 | 0 |
| Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Salome, Bohumín | 70 | 20 | 10 |
| Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Eunika, Karviná | 28,5 | 57 | 14,5 |
| Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Lydie, Český Těšín | 90 | 10 | 0 |
| Sociální služby města Havířova, Poradenské středisko pro rodinu a dítě „RaD“ | 60 | 30 | 10 (v zařízeních) |
| Spolkový dům Mariany Berlové, Bruntál, | 20 | 80 | 0 |
| Průměr | 54,84 | 41,33 | 3,83 |

Komentář: Raná péče je terénní sociální služba poskytovaná rodinám dětí raného věku se zdravotním postižením či ohrožením vlivem sociálního prostředí (Asociace pracovníků

v rané péči uvádí, že: minimálně 70% kontaktů by mělo probíhat v přirozeném prostředí uživatelů služeb).

Otázka 20. Průměrná frekvence poskytování služby:

| Poskytovatel | Frekvence návštěv v rodině |
|--|---|
| Fond ohrožených dětí, pobočka Ostrava | dle aktuální situace, potřeb klientů a možností pracovníků |
| Občanské sdružení vzájemné soužití, Ostrava | 2 x týdně |
| Společnost pro ranou péči, Středisko rané péče Ostrava | 1 x za 1 – 3 měsíce |
| Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Benjamín, Krnov | 1 x za 1 – 3 měsíce |
| Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Salome, Bohumín | 1 x měsíčně |
| Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Eunika, Karviná | 1 x měsíčně |
| Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Lydie, Český Těšín | není uvedeno |
| Sociální služby města Havířova, Poradenské středisko pro rodinu a dítě „RaD“ | 1 x měsíčně |
| Spolkový dům Mariany Berlové, Bruntál | 1-2 konzultace, dále dle individuálních potřeb |

Otázka 21. Čas poskytování služby – provozní hodiny:

Odpovědi jsou uvedeny v příloze č.10 - **Charakteristika poskytovatelů rané péče v MSK**

Otázka 22. Jste zapojeni do komunitního plánování?:

| Poskytovatelé | Počet obcí | Obce |
|--|-------------------|------------------------------|
| Společnost pro ranou péči, Středisko rané péče Ostrava | 3 | Ostrava, Karviná, Nový Jičín |
| Fond ohrožených dětí, pobočka Ostrava | 1 | Ostrava |
| Občanské sdružení vzájemné soužití, Ostrava | 1 | Ostrava |
| Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Benjamín, Krnov | 2 | Krnov, Bruntál |
| Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Salome, Bohumín | 0 | NE* |
| Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Eunika, Karviná | 1 | Karviná |
| Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Lydie, Český Těšín | 1 | Český Těšín |
| Sociální služby města Havířova, Poradenské středisko pro rodinu a dítě „RaD“ | 1 | Havířov |
| Spolkový dům Mariany Berlové, Bruntál | 1 | Bruntál |
| Celkem | 11 | --- |


* v Bohumíně komunitní plánování neprobíhá


Otázka 23. Jaké služby uživatelům nabízíte?

| Poskytovatelé | Poradenství v oblasti postižení a vývoje dítěte | Diagnostika dítěte | Krizová intervence | Pomoc při výběru pomůcek | Zapůjčení hraček | Zapůjčení odborné literatury | Výroba pomůcek na míru dítěte | Stimulace dítěte a přímá práce s dítětem | Zprostředkování konzultací s dalšími odborníky | Sociálněprávní poradenství | Doprovod na jednání s úřady, k lékaři | Pomoc při výběru předškol. a školního zařízení | Sekávání rodičů | Vzdělávací akce pro veřejnost | Ambulantní služby | Další |
|--|---|--------------------|--------------------|--------------------------|------------------|------------------------------|-------------------------------|--|--|----------------------------|---------------------------------------|--|-----------------|-------------------------------|-------------------|----------------|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Společnost pro ranou péči, Středisko rané péče Ostrava | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X ¹ | X ² |
| Fond ohrožených dětí, pobočka | | | X | | X | | | X | X | X | X | | | | X ³ | X ⁴ |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------------|----------------|
| Občanské sdružení vzájemné soužití, Opava | X | X | X | | | X | | X | X | X | X | X | X | | X ⁵ | |
| Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Benjamín, Krnov | X | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X ⁶ | X ⁷ |
| Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Salome, Bohumín | X | X | X | X | X | X | | X | X | X | | X | X | | X ⁸ | X ⁹ |
| Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Eunika, Karviná | X | X | | X | X | X | | X | X | X | X | X | | | | |
| Slezská diakonie, Poradna rané péče při středisku Lydie, Český Těšín | | | | X | X | X | | | | | | | | | | |
| Sociální služby města Havířova, Poradenské středisko pro rodinu a dítě „RaD“ | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | X | X | X | X | X ¹⁰ | |
| Spolkový dům Mariany Berlové, Bruntál | X | | | X | X | X | | X | X | X | | X | X | X | X ¹¹ | |

Legenda:

 - služby jsou poskytovány zdarma

 - služba je hrazená uživatelem

 - služba je v některých případech hrazená uživatelem, v jiných zdarma



- některé služby v nabídce jsou hrazené uživatelem, některé jsou zdarma

X¹ zrková stimulace (v některých případech hrazená uživatelem, v jiných zdarma)

X² semináře pro rodiče, konzultace v zařízeních, kam klient dochází, časopis (placená služba), rehabilitační kurzy (placená služba)

X³ individuální a rodinné terapie, mediace

X⁴ sanace a sociální asistence v rodinách

X⁵ předškolní klub dětí

X⁶ rehabilitace, pobyt v prenatální místnosti

X⁷ informační občasník

X⁸ vodoléčebné procedury, cvičení pod vedením fyzioterapeut

X⁹ poradenství logopeda, konzultace se speciálním pedagogem, poradenství a diagnostika psychologa

X¹⁰ není uvedeno

X¹¹ logopedie, rehabilitace, psychologické vyšetření

Vyhodnocení dotazníku pro obce s pověřeným obecním úřadem

Průběh dotazníkové akce

Bylo osloveno 30 obcí s pověřeným úřadem (příloha č.5). Odborům sociálních věcí městských úřadů a magistrátů byl zaslán dotazník (příloha č.2) zaslán poštou. Obcím, které neodpověděli do termínu odevzdání dotazníku byl dotazník zaslán e-mailem a zástupci sociálního odboru byli telefonicky požádáni o jeho vyplnění.

Vycházeli jsme z předpokladu, že odbory sociálních věcí jsou informovány o sociálních službách na území obce.

Cíle dotazníku pro obce:

- získat kontakt na poskytovatele rané péče, kteří nejsou uvedeni v databázi poskytovatelů sociálních služeb Moravskoslezského kraj.
- zjistit, ve kterých obcích probíhá komunitní plánování a jak jsou do něj poskytovatelé rané péče zapojeni

Statistické údaje

Počet zaslanych dotazníků: 30

Počet vrácených dotazníků: 28

Zjištěno telefonicky: 2

Počet nevrácených dotazníků: 0

OTÁZKY POLOŽENÉ V DOTAZNÍKU:

1. Probíhá v rámci vašeho města nebo mikroregionu nebo jiného celku komunitní

plánování sociálních služeb?

2. Je v rámci vašeho města, mikroregionu nebo jiného celku poskytována služba rané péče?
3. Je tato služba zařazena do aktivit (do pracovních skupin, do výsledného dokumentu KP) v rámci komunitního plánování?

VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU

| Otázka | ANO odpovědělo: | | NE odpovědělo: | |
|-----------|-----------------|------------------------|----------------|------------------------|
| | počet měst | vyjádření v procentech | počet měst | vyjádření v procentech |
| 1. | 13 | 43,33 % | 17 | 56,67 % |
| 2. | 9 | 30,00 % | 21 | 70 % |
| 3. | 9 | 30,00 % | 21 | 70 % |

Otázka 1. Komunitní plánování probíhá ve městech:

Bílovec, Bruntál, Český Těšín, Frýdek-Místek, Havířov, Karviná, Kopřivnice, Krnov, Nový Jičín, Ostrava, Příbor, Třinec, Vítkov

Otázka 2. Raná péče je poskytována ve městech:

Bohumín, Bruntál, Český Těšín, Havířov, Karviná, Kopřivnice, Krnov, Opava, Ostrava

| Město | Poskytovatel, kterého město uvedlo |
|--------------|---|
| Bohumín | Slezská diakonie, poradna rané péče při středisku Salome, Bohumín |
| Bruntál | Slezská diakonie, poradna rané péče při středisku Benjamín, Krnov |
| Český Těšín | Slezská diakonie, poradna rané péče při středisku Lydie, Český Těšín |
| Havířov | Sociální služby města Havířova, RAD Havířov |
| Karviná | Společnost pro ranou péči, středisko Ostrava; Sociální služby Karviná, středisko Jesle ¹ |
| Kopřivnice | Občanské sdružení při dětském centru Kopřivnice ² |
| Krnov | Slezská diakonie, poradna rané péče při středisku Benjamín, Krnov |
| Opava | Společnost pro ranou péči, středisko Ostrava |
| Ostrava | Společnost pro ranou péči, středisko Ostrava |

Legenda:

¹ Sociální služby Karviná, středisko Jesle nebylo zařazeno mezi poskytovatele rané péče, neboť se jedná o zdravotnické zařízení.

² Jedná se o zařízení, které poskytuje denní služby, neposkytují ranou péči.

Otázka 3. Raná péče je zařazena do aktivit komunitního plánování těchto měst:

Bruntál, Český Těšín, Frýdek-Místek, Havířov, Nový Jičín, Karviná, Kopřivnice, Krnov, Ostrava

Poznámka: Mimo zjištěných cílů z dotazníku dále vyplynulo, že 70 % sociálních odborů městských úřadů obcí Moravskoslezského kraje není informováno o poskytování služby rané péče na jejich území, což je podnět pro poskytovatele rané péče.

Model rané péče v Moravskoslezském kraji

Model rané péče vychází z Akreditačních standardů rané péče, které jsou pro poskytovatele rané péče závazné a současné praxe v rané péči v České republice (viz. teoretická a dotazníková část a SWOT analýza).

Cílem je navrhnout systém a pravidla rané péče tak, aby nedocházelo k překrývání služeb a k zaměňování rané péče za jiný typ služby.

Na sestavení modelu rané péče spolupracovali zástupci Slezské diakonie, Společnosti pro ranou péči, Sociálních služeb města Havířova a zástupce Krajského úřadu MSK.

Výstupem modelu je Manuál o rané péči v Moravskoslezském kraji (příloha č.1), který bychom rádi ve spolupráci s Moravskoslezským krajem vydali a rozmístili na potřebná místa (sociální úřady, lékaři...). Manuál by měl být oporou úředníkům a lékařům při doporučování služby rané péče potenciálním uživatelům a instruktáží nově vznikajícím poskytovatelům rané péče.

Definice

Raná péče je terénní služba poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivé sociální situace.

Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby. Služba se poskytuje především v přirozeném sociálním prostředí osob.

(Zdroj: Návrh zákona o sociálních službách, § 36, 2005)

Principy rané péče

Principy jsou totožné s uvedenými principy v teoretické části (viz. str. 8), proto je znovu neuvádíme.

Cíle rané péče

- snížit negativní vliv postižení nebo ohrožení na rodinu dítěte a na jeho vývoj
- zvýšit vývojovou úroveň dítěte v oblastech, které jsou postiženy nebo ohroženy
- posílit kompetence rodiny a snížit její závislost na sociálních systémech
- vytvořit pro dítě, rodinu i společnost podmínky sociální integrace

(Zdroj: Akreditační standardy rané péče, 2002)

Cílová skupina uživatelů služeb rané péče v MSK

Ideální členění na cílové skupiny dle zdravotního postižení:

- rodiny s dětmi s těžkým zrakovým a kombinovaným postižením
- rodiny s dětmi s mentálním, a kombinovaným postižením
- rodiny s dětmi hluchoslepými
- rodiny s dětmi s autismem
- rodiny s dětmi s těžkým sluchovým a kombinovaným postižením
- rodiny s dětmi s těžkým tělesným postižením
- rodiny s dětmi s poruchami v komunikaci

Věk dítěte: od narození do 7 let.

V modelu neuvádíme cílovou skupinu rodiny s dětmi ze sociokulturně znevýhodněného prostředí, protože metody práce s touto skupinou odpovídají službě sociální asistence. V návrhu zákona o sociálních službách je tato cílová skupina vymezena v § 56 jako sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi. V současné době probíhají k tomuto znění pozměňovací připomínky, které vyvolala Asociace pracovníků v rané péči, Střep (poskytovatel rané péče pro rodiny s dětmi v ohrožení odebráním z rodiny ze sociálních důvodů, SKOK (Spolek Oborové Konference nestátních neziskových organizací působících v sociální a zdravotně sociální oblasti).

CÍLOVÁ SKUPINA RODIN S DĚTMI S TĚŽKÝM ZRAKOVÝM A KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM

K této základní cílové skupině se přidružují další specifikace:

- **Rodiny s dětmi s duálním postižením (hluchoslepost)**

Zajištěna poskytovatelem:

Středisko rané péče Ostrava, Společnost pro ranou péči

| | | | | |
|--|----------|-----|-----|---------|
| Nádražní | | | | 110 |
| 702 | | 00 | | Ostrava |
| ☎ 596 | 112 473, | 777 | 234 | 036 |
| ostrava@ranapecce.cz | | | | |

Působnost: celý Moravskoslezský kraj

CÍLOVÁ SKUPINA RODIN S DĚTMI S MENTÁLNÍM, POHYBOVÝM A KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM

K této základní cílové skupině se přidružují další specifikace:

- **Rodiny s dětmi s autismem**

- **Rodiny s dětmi s poruchami komunikace**

Zajištěna poskytovateli:

Středisko rané péče Krnov, Slezská diakonie - Benjamín

SPC 54

794 01 Krnov

☎ 554 610 402 , 737 702 896, 731 191 868

benajmin@slezskadiakonie.cz

Působnost: západní polovina Moravskoslezského kraje

Středisko rané péče Bohumín, Slezská diakonie - Salome

Nerudova 1041,

735 81 Bohumín

☎ 596 013 434, 732 744 426

salome@slezskadiakonie.cz

Působnost: Bohumín a okolí 30 km

Středisko rané péče Český Těšín, Slezská diakonie - Lydie

Třanovského 10,

737 01 Český Těšín

☎ 558 712 728

lydie@slezskadiakonie.cz

Působnost: Český Těšín a blízké okolí

Středisko rané péče Karviná, Slezská diakonie - Eunika

Olbrachtova 654,

734 01 Karvina Ráj

☎ 596 311 815

eunika@slezskadiakonie.cz

Působnost: Karviná a blízké okolí

Středisko rané péče Havířov, Sociální služby města Havířova - Poradenské středisko

pro rodinu a dítě „RaD“

Atriová 5

736 01 Havířov-Město

☎ 596 885 678

kveta.stankova@volny.cz

Působnost: Havířov a okolí 30 km

Spolkový dům Mariany Berlové

Husova 2

792 01 Bruntál

☎ 554 715 682

spolek.berl@tiscali.cz

Působnost: Bruntál a blízké okolí

Oblasti MSK, kde není služba rané péče pro tuto cílovou skupinu dostupná:

- Odry

- Fulnek

- Bílovec

- Nový Jičín
- Studénka
- Příbor
- Kopřivnice
- Frýdlant nad Ostravicí
- Třinec
- Frenštát pod Radhoštěm
- Frýdek Místek
- Jablunkov

Možné řešení:

- vzhledem ke špatné dostupnosti výše uvedených oblastí a širě cílové skupiny by bylo vhodné zajistit nové poskytovatele rané péče (viz. rozvojový plán)

1. **Cílová skupina rodin s dětmi s těžkým sluchovým a kombinovaným postižením**

K této základní cílové skupině se přidružují další specifikace:

- **Rodiny s dětmi s duálním postižením** (hluchoslepost)

Zajištěna poskytovateli:

Zjištěný poskytovatel pro tuto cílovou skupinu (**Středisko rané péče Tamtam v Olomouci**) nezajišťuje služby rané péče v MSK v plném rozsahu

Možné řešení:

- rozšíření kapacity Střediska rané péče Tamtam - pobočka Olomouc (AB Centrum, Kosmonautů 8, 772 54 Olomouc) – viz. rozvojový plán

Kritéria vymezení služby rané péče

- vymezená cílová skupina
- vymezený cílový region
- vymezená kapacita
- naplňování standardů a principů rané péče
- opakované konzultace v přirozeném prostředí rodin (jedná se o službu terénní - podpora rodiny, poradenství v oblasti postižení, vývoje a možnostech stimulace dítěte, poradenství v oblasti sociální)
- minimálně 75 % konzultací se odehrává v přirozeném prostředí rodiny
- nasměrování rodičů na další služby, odborníky, zprostředkování kontaktů
- zapůjčování spec. pomůcek do rodin, poradenství při výběru vhodných pomůcek
- odborné programy s ohledem na cílovou skupinu

Průběh služby

K prvnímu kontaktu dochází ze strany rodiny, která kontaktuje poskytovatele rané péče. Dochází k předání informací o podmínkách a průběhu služby. K výběru služeb z komplexní nabídky a podpisu písemné dohody o poskytovaných službách dochází při druhém kontaktu. Před podpisem dohody dochází k orientačnímu komplexnímu posouzení rodiny, které je kritériem pro přijetí rodiny. Na základě formulace osobního cíle rodiny dochází ke společnému plánování služby.

Minimální frekvence návštěv je jednou za jeden až tři měsíce. Frekvenci návštěv si volí rodina podle svých potřeb. Doporučená doba návštěvy je 90 – 180 minut. Součástí průběhu služby je pravidelné vyhodnocování dosahování osobních cílů rodiny a plánu rané péče.

Rodina může službu ukončit kdykoli, poskytovatel na základě důvodů uvedených v dohodě. Před ukončením služby spolu s rodinou vyhledává poradce návaznou službu.

Poradce zpracuje závěrečnou zprávu pro rodiče, kteří ji mohou poskytnout návazné službě.

(Zdroj: Raná péče pro rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením, 1998, Akreditační standardy rané péče, 2002)

Profil pracovníka rané péče

Kritéria pro přijímání pracovníku jsou předmětem zřizovatelů, níže popsaný profil uvádíme je jako příklad dobré praxe. Základní požadavky na pracovníky v rané péči jsou uvedeny v Akreditačních standardech rané péče.

Tým pracovníků v rané péči: minimálně dva terénní pracovníci na jednom pracovišti (alespoň jeden z poradců je speciální pedagog), další pracovníci mohou být externí odborníci (psycholog, fyzioterapeut, sociální pracovník, další terapeut dle zaměření klientely a nabídky služeb).

Koordinátor služeb – požadované vzdělání SŠ (koordinace a evidence služeb, administrativa, telefonický kontakt s klienty...)

Terénní pracovník (poradce rané péče):

Vzdělání:

VŠ nebo VOŠ v oboru speciální pedagogika, sociální práce, psychologie, případně zdravotního směru.

Do jednoho roku praxe v rané péči pracovník musí absolvovat kurz krizové intervence a kurz rodinné terapie. Dále k plné kvalifikaci musí absolvovat do tří let akreditovaný kurz poradce rané péče pořádaný Asociací pracovníků pro ranou péči. Před absolvováním kurzu

funguje pracoviště pod vedením kvalifikovaného poradce (podpora stávajících poskytovatelů rané péče v MSK).

Osobnostní předpoklady a předpoklady pro výkon práce v rané péči:

Poradce je odborný pracovník, musí zvládat techniky podpory rodiny a intuitivního rodičovství, podpory člověka v dlouhodobé těžké životní situaci a techniky podpory vývoje dítěte v raném věku. Zvládá provázení rodiny dítěte s postižením, je schopen práce s dětmi.

Má všeobecný přehled, schopnost naslouchat, dále je kreativní, flexibilní, má organizační schopnosti, komunikační předpoklady, je ochoten se dále vzdělávat.

V případě, že pracoviště navštěvuje klienty v rozsáhlém regionu a má služební auto, může být kritériem přijímacího řízení řidičské oprávnění skupiny B.

Pracovní zařazení „poradců“

V současné době probíhá aktualizace katalogu prací MPSV, kde neexistuje profese poradce rané péče. Asociace pracovníků v rané péči zpracovala koncem ledna 2004 návrh na zařazení poradce rané péče do katalogu prací. Současně je zažádáno, aby profese poradce byla zařazena v oddílu „Sociální služby“, který dosud v katalogu prací schází. Vzhledem k tomu, že velká část práce poradce má pedagogický charakter, měly by být i platové tarify shodné s tarify náležejícími pedagogickým pracovníkům.

Zařazení profese poradce rané péče do katalogu prací je i věcí prestiže – zdůraznění rané péče jako sociální služby, nikoli pedagogické.

(Zdroj: Zápis z Asociace pracovníků v rané péči z 28.2.2005)

Kvalita služby rané péče

Kvalita služby rané péče je v souladu se Standardy kvality sociálních služeb vydaných Ministerstvem práce a sociálních služeb.

Každý poskytovatel služby rané péče má vypracovanou metodiku v souladu se Standardy kvality sociálních služeb.

Systém financování rané péče v MSK

Současný systém financování služby rané je popsán v rámci teoretické části.

Vzhledem k neexistenci zákona o sociálních službách a situaci poskytovatelů rané péče v MSK vycházíme z několika faktorů, které způsob financování služby určují:

- raná péče **je služba bezplatná** – není hrazená uživateli služeb
- služba rané péče **není vázána pouze na obec**, ale má širší oblast působnosti

(ve většině případů). Získávat dotace z jednotlivých obcí je pro poskytovatele služby velmi náročné (to neznámá, že by obce měly ztratit povinnost přispívat na služby rané péče, v současné době však obce nemají standardní nástroje, jak na dané služby přispívat)

- služba rané péče má preventivní charakter (podpora a provázení rodiny v době, kdy se

vyrovnává se zdravotním postižením svého dítěte, minimalizace důsledků postižení na rodinu, dochází k včasné stimulaci dítěte, motivaci rodičů...), rodina proto není nucena dát dítě z bezradnosti do ústavního zařízení

- cena služby rané péče je v porovnání s cenou služby v rezidenčním zařízení

(kojenecký ústav, ústav sociální péče) pro stejnou věkovou kategorii klienta neporovnatelně nižší. Ze zkušeností z provozování této služby (Středisko pro ranou péči Ostrava) je cena služby na 1 měsíc / 1 rodina (uživatel služeb) stanovena přibližně na 2000,-Kč

*Z výše uvedených údajů vyplývá, že ideální neinvestiční dotace Moravskoslezského kraje (úhrada mzdových a provozních nákladů), spojená prokazatelně s činností služeb rané péče, by mohla být ve výši až **90% - 100%**.*

Volné sdružení poskytovatelů rané péče v MSK

(spolupráce všech poskytovatelů rané péče v MSK)

V České republice, jak se zmiňujeme v teoretické části studie (str.11), funguje Asociace pracovníků v rané péči, jejíž posláním je prosazování oboru rané péče jako terénní sociální služby.

Činnosti tohoto sdružení nebudou v rozporu s Asociací pracovníků v rané péči, která byla založena jako profesní organizace všech v té době praktikujících odborníků v rané péči, do budoucnosti je Asociace otevřena dalším členům, kteří vykonávají služby rané péče se závazkem standardů kvality. Asociace má celorepublikovou působnost, k jejím členům patří i pracovníci rané péče v MSK. Poskytovatelé rané péče v MSK, kteří vytvářeli tento model (Slezská diakonie – středisko Benjamín v Krnově a Salome v Bohumíně, Sociální služby města Havířova – Poradenské středisko pro rodinu a dítě „RaD“ a Společnost pro ranou péči v Ostravě) se ztotožňují s jejím posláním a cíli.

Pozitiva sdružení poskytovatelů v MSK:

- výměna zkušeností poskytovatelů v rámci MSK
- společné prosazování zájmů v rámci MSK (legislativa, financování, prezentace)
- každoroční vstupování do krajského plánování (spolupráce poskytovatelů a kraje)
- znalosti specifik MSK
- společné projekty
- nastavení pravidel poskytování služby

Negativa:

- různost zřizovatelů – nestátní i příspěvkové organizace (různé názory zřizovatelských organizací na spolupráci poskytovatelů v MSK)

Cíle sdružování poskytovatelů:

- kvalita služby
- problematika financování služby
- výměna zkušeností
- společná prezentace rané péče (kraj, veřejnost, odborníci...)

Forma:

- volné sdružení všech poskytovatelů RP v MSK

Rozvojový plán služby rané péče v MSK na pět let

Konečný cíl:

- dostupnost služeb rané péče v MSK pro všechny cílové skupiny (vytvoření sítě spolupracujících poskytovatelů rané péče v MSK)
- finanční, provozní a materiální posílení kapacit rané péče
- nastavení podmínek pro stávající i potenciální poskytovatele služeb rané péče

ROK 1.

CÍL 1 – Prezentace služby

Opatření 1 - Uskutečnění semináře o rané péči

Každoroční pořádání semináře o rané péči v prostorách krajského úřadu – v roce 2005 (12. září) seminář organizuje Společnost pro ranou péči ve spolupráci s dalšími poskytovateli rané péče.

ZÁVĚR: Požadavek na MSK: každoročně Kč 10 000,- na pořádání semináře

V dalších letech bude seminář zajišťovat Volné sdružení poskytovatelů RP v MSK.

Opatření 2 - Zajištění vydání a distribuce manuálu rané péče (příloha č. 1)

Zveřejnění manuálu na webových stránkách kraje, tisk a distribuce na obecní úřady a odborné veřejnosti (lékaři – pediatři, neurologové, neonatologové).

Návrh manuálu rané péče je přílohou této studie (příloha č.1). Obsahuje základní informace o rané péči a kontakty na poskytovatele rané péče v MSK.

Požadavek na formu: Formát manuálu A5, desky z křídového papíru, text obsahu – max. 10 stran, počet 2 500 kusů.

ZÁVĚR: Vydání manuálu finančně zajistí MSK jako publikační činnost kraje.

Konečnou formu, vzhled, rozvoz na potřebná místa zajistí Sdružení poskytovatelů RP v MSK ve spolupráci s Asociací pracovníků v rané péči a Krajským úřadem MSK.

CÍL 2 – Vytvoření volného sdružení poskytovatelů RP v MSK

Opatření 1 - Ustanovení forem a možností spolupráce Jedná se o dobrovolné sdružení poskytovatelů RP v MSK (viz. str. 46) za účelem zabezpečování kvality služby, financování a vzájemné výměny zkušeností. Činnosti tohoto sdružení nebudou v rozporu s Asociací pracovníků v rané péči.

ROK 2.

Cíl 1 – Zajištění dostupnosti rané péče v MSK (vytvoření sítě spolupracujících poskytovatelů rané péče v MSK)

Opatření 1 – Finanční, provozní a materiální posílení kapacit stávajících poskytovatelů rané péče

Podpora poskytovatelů rané péče v MSK, kteří poskytují služby rané péče v souladu se Standardy kvality sociálních služeb

Opatření 2 - Zajistit dostupnost služby rané péče i na nepokrytých územích MSK (viz. str. 42, pro cílovou skupinu rodin s dětmi s mentálním, pohybovým a kombinovaným postižením)

Varianta A - podpora nového projektu – zajištění nového poskytovatele v MSK pro danou oblast. Kvalitu služby a supervizi zajistí novému poskytovateli Sdružení poskytovatelů RP v MSK ve spolupráci s Asociací pracovníků v rané péči

Varianta B - rozšíření kapacity stávajících organizací.

Varianta C – rozšíření kapacity poskytovatele se sídlem v jiných krajích, kterému jsou nepokrytá území dostupná

ZÁVĚR: Finanční náročnost v tuto chvíli není možné určit, bude navržena s ohledem na preferovanou variantu – možnost rozložení projektu do několika let

Opatření 3 - Zjistit potřebnost služby RP pro cílovou skupinu rodiny s dětmi s těžkým sluchovým postižením

V Olomouci vzniklo 1.1.2005 středisko Tamtam, je poskytovatelem **pro cílovou skupinu rodiny s dětmi s těžkým sluchovým postižením**. Jejich působnost by měla být celá Morava (dle zkušeností pražského střediska, které působí v Čechách a pokrývá poptávku této cílové skupiny na území Čech). V současné době středisko Tamtam v Olomouci poskytuje služby rané péče se zkráceným úvazkem pouze 4 rodinám. Podle informace poskytnuté střediskem Tamtam v Praze se v ČR každoročně rodí 70 dětí s těžkým sluchovým postižením prelingválního věku (vrozeným nebo získaným během prvních let života), to znamená asi 5 dětí ročně na každý kraj. Z toho je zřejmé, že poskytování služeb rané péče pro rodiny dětí s těžkým sluchovým postižením v rámci jednoho kraje přináší zvýšené výdaje a obtíže s naplněním kapacity. Jako vhodnější se proto ukazuje model nadkrajový.

ZÁVĚR: Rozšíření kapacity Střediska rané péče Tamtam - pobočka Olomouc (AB Centrum, Kosmonautů 8, 772 54 Olomouc).

Finanční náročnost vyplývá z požadavků střediska Tamtam dle poptávky potencionálních uživatelů v MSK.

CÍL 2 - Propagace služby RP

Opatření 1. Informativní leták

Vydání společného letáku všech poskytovatelů rané péče v MSK určeného veřejnosti (potenciálním uživatelům).

ZÁVĚR: Vydání i distribuci zajistí Sdružení poskytovatelů RP v MSK s finančním příspěvkem MSK Kč 20 000,-.

Opatření 2. Webové stránky sdružení poskytovatelů rané péče v MSK

ZÁVĚR: Vytvoření společných webových stránek zajistí Sdružení poskytovatelů RP v MSK.

Opatření 3. Aktualizace Databáze poskytovatelů sociálních služeb v MSK na webových stránkách <http://www.kr-moravskoslezsky.cz/soc.html>

ZÁVĚR: Zajistí Sdružení poskytovatelů RP v MSK ve spolupráci s MSK.

ROK 3

CÍL 1 - Propagace rané péče

Služby rané péče jsou poskytovány na základě rozhodnutí rodiny s dítětem s postižením. Potenciální zájemci se mají právo dozvědět o službách rané péče co nejdříve. Raná péče je poměrně mladá služba, není v povědomí široké veřejnosti, ale ani odborné. Proto je třeba ranou péčí zejména u odborné veřejnosti (lékaři, sociální pracovníci...) propagovat, aby se informování potřebných rodin o službě rané péče stalo automatickým.

ZÁVĚR: Aktualizace letáku informativního letáku o rané péči

Semináře pro odbornou i laickou veřejnost

Prezentace rané péče v médiích

Zajistí Sdružení poskytovatelů RP v MSK ve spolupráci s MSK

CÍL 2 - Podpora kvality

Spolupráce poskytovatelů rané péče v MSK s Asociací pracovníků v rané péči.

ROK 4. a 5.

CÍL 1 - Podpora kvality – rozšíření stávajících služeb

Spolupráce poskytovatelů rané péče v MSK s Asociací pracovníků v rané péči.

Závěr

Z vypracování této studie vyplynulo několik přínosů. Jedním z nich je dosažení cíle studie, a to zmapování současného stavu rané péče a návržení modelu jejího fungování v rámci Moravskoslezského kraje. Dalšími výsledky jsou zahájení spolupráce poskytovatelů rané péče v kraji a sjednocení se na názorech a postojích, které předkládají Krajskému úřadu MSK v podobě Modelu rané péče v Moravskoslezském kraji.

V současné době poskytuje ranou péči v Moravskoslezském kraji 9 zařízení.

V MSK existují poskytovatelé zaměřeni na všechny typy zdravotních postižení i poskytovatelé zabývající se ohrožením dítěte vlivem sociokulturního prostředí. Problém zůstává u cílové skupiny rodin s dětmi s těžkým sluchovým postižením, kdy do MSK zajíždí středisko Tamtam z Olomouce, které však prozatím nemá dostatečnou personální ani materiální kapacitu. Tuto informaci jsme získali až v závěrečné fázi vypracování studie, o středisku Tamtam se zmiňujeme v rozvojovém plánu.

Územní pokrytí Moravskoslezského kraje je dostatečné jen u cílové skupiny rodin s dětmi s těžkým zrakovým a kombinovaným postižením, kterou se zabývá Středisko rané péče Ostrava. Tento poskytovatel se však potýká s přeplněnou kapacitou. Největší nedostatky v územním pokrytí se týkají jihovýchodní oblasti kraje, kde jsme nezachytili žádného poskytovatele, mimo Středisko rané péče Ostrava.

Součástí studie bylo zpracování SWOT analýzy rané péče. Byli pozváni všichni poskytovatelé rané péče v MSK. Setkání bylo první spoluprací těchto organizací a vyplynula z něj potřeba dalších setkání všech zúčastněných.

Ze SWOT analýzy vyplynuly největší nedostatky, se kterými se potýkají všechny organizace:

Problémem zůstává v nepodchycení služby rané péče v legislativě, což u některých

lidí může způsobovat nedůvěru ve službu. Toto způsobuje také problémy v šíření

informací o rané péči a řádném pochopení této služby.

Není zavedený systém rané péče.

- Nutnost větší osvěty mezi odbornou i laickou veřejností s cílem přirozeného přijetí a podpory služby rané péče.
- Nedostatečné financování rané péče ze strany kraje a obcí.
- Raná péče je obor multidisciplinární, z její podstaty vyplývá nutnost spolupráce s odborníky různých resortů (sociálního, školského, zdravotního). Ochota institucí a pracovníků resortu školství a zdravotnictví ke spolupráci bývá v některých případech minimální.

Spolupráce poskytovatelů rané péči na tvorbě studie je prvním krokem na zmírňování slabých stránek rané péče v MSK a vnějších ohrožení a využití příležitostí, které se nabízejí.

Závěrem zdůrazňujeme, že raná péče obsahuje výrazné preventivní prvky. Snaží se předcházet sociálnímu vyloučení rodin dítěte se zdravotním postižením a dalším negativním skutečností tím, že zasahuje již v raném věku dítěte. Dále podporuje to, aby dítě s postižením zůstávalo v přirozeném prostředí rodiny namísto dřívějšího automatického umístění do ústavů. Tímto přístupem prosazuje práva dětí s postižením, která jsou stejná jako pro děti zdravé.

Seznam literatury a pramenů

Literatura:

1. Analýza služeb pro občany se zdravotním postižením poskytovanými organizacemi občanů se zdravotním postižením v Moravskoslezském kraji. Český Těšín: Slezská diakonie, 2004
2. BĚLKOVÁ, G. Raná péče o děti se zdravotním postižením v Pardubicích, diplomová magisterská práce. Praha, 2002
3. *KMENTOVÁ, Z.* Případová studie raná péče v Krnově, pro účely QuASi projektu. Krnov: Slezská diakonie, 2005.
4. Koncepce sociálních služeb v moravskoslezském kraji. Ostrava: Krajský úřad – Moravskoslezský kraj, 2003.
5. Raná péče pro rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením, Vybrané příspěvky z kurzu „poradce rané péče“, Praha: Středisko rané péče Praha, 1998.
6. *RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L.* a kol. Speciální pedagogika, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003.
7. *SORIANO, V.* Raná intervence v Evropě: Organizace služeb, pomoci dětem a rodinám. (září 1998). Trendy v 17 evropských zemích. Praha: Evropská agentura pro rozvoj speciálního vzdělávání, 2000.
8. Standardy kvality sociálních služeb. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2003
9. Stanovy občanského sdružení Asociace pracovníků v rané péči, 2003.
10. *TRANOVÁ, B.* Sebrané materiály o rané péči v 10 zemích Evropské unie, Praha: Společnost pro ranou péči, 1999.

11. Zákon o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 1988.

Internet:

12. www.mpsv.cz, *Návrh zákona o sociálních službách*, 2005.

13. <http://archiv.mpsv.cz/scripts/clanek.asp?lg=1&id=2555> *Akreditační standardy rané péče*, 2002.

14. http://wtd.vlada.cz/files/rvk/vvzpo/narodni_plan_2001.pdf. *Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením*, 1998.

15. www.uzis.cz, *Zdravotnická ročenka Moravskoslezského kraje 2003*.

16. http://archiv.mpsv.cz/files/clanky/4614/bila_kniha.pdf. *Bílá kniha v sociálních službách*, 2003.

17. <http://www.czso.cz/xt/edicniplan.nsf/p/13-8101-04>. *Věkové složení obyvatelstva (stav k 31. 12.)*, Český statistický úřad, 2003.

18. www.ranapece.cz/cojepece.htm, červen 2005

Slovník pojmů a zkratek užitých ve studii

AMBULANTNÍ SLUŽBA – služba je poskytována v zařízení, kam klient dochází.

ASOCIACE PRACOVNÍKŮ V RANÉ PÉČI - občanské sdružení pracovníků, které má za cíl prosazovat obor rané péče a podporovat růst jeho kvality a sdružovat a podporovat pracovníky v rané péči.

KOMUNITNÍ PLÁNOVÁNÍ – umožňuje plánovat sociální služby způsobem odpovídajícím místním specifikům i potřebám jednotlivých občanů, jde o otevřený proces zjišťování potřeb a zdrojů, včetně hledání nevhodnějších variant řešení.

KRIZOVÁ INTERVENCE - je doprovázení člověka v akutní reakci na stres do okamžiku, kdy je schopen hledat řešení

METODIKA - je dokument vymezující principy a postupy při poskytování služby.

NÁVRH ZÁKONA – návrh zákona o sociálních službách

NEPŘÍZNIVÁ SOCIÁLNÍ SITUACE - je situace, v níž se lidé nacházejí, jestliže pro svůj věk, ztrátu soběstačnosti, pro nemoc, zdravotní postižení, krizovou situaci, životní návyky, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné osoby nebo z jiných závažných důvodů, nejsou fakticky schopni zabezpečovat a uspokojovat své životní potřeby a tyto potřeby nejsou ani jinak zabezpečeny nebo jestliže jejich způsob života ohrožuje zájmy a potřeby společnosti.

PORADCE - je cestující poradenský pracovník, který tvoří základ týmu rané péče a je v úzkém kontaktu s rodinou

POSKYTOVATEL - je organizace/zařízení, které poskytuje sociální službu.

RANÁ PÉČE/RANÁ INTERVENCE - raná péče je terénní služba poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivé sociální situace. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby. Služba se poskytuje především v přirozeném sociálním prostředí osob.

RODIČ - pojem rodič zahrnuje i zákonného zástupce dítěte.

SOCIÁLNÍ SLUŽBA - je činnost poskytující lidem v nepříznivé sociální situaci podporu při sociálním začleňování a ochranu před sociálním vyloučením s cílem umožnit jim zapojení do běžného života společnosti a využívat obvyklým způsobem jiných systémů (např. bydlení, školství, zdravotnictví, služby zaměstnanosti atd.). Sociální služba je veřejná služba.

STANDARDY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB - jsou souborem kritérií, jejichž prostřednictvím je definována nezbytná úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personální, procedurální a provozní.

SWOT analýza – analýza vnitřních silných a slabých stránek a vnějších ohrožení a příležitostí organizace, procesu

TERÉNNÍ SLUŽBA – poskytuje klientům možnost zachování takové kvality života, která by jim dovolila žít v přirozeném prostředí (zpravidla v jejich domácnostech) a má za cíl se přirozenému prostředí co nejvíce přiblížit, má podpůrný charakter.

UŽIVATEL/KLIENT - je osoba, která využívá sociální služby, protože se ocitla v nepříznivé sociální situaci.

EU – Evropská unie

KP – Komunitní plánování

LAPs/i – Místní akční plán sociálního začleňování

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MSK – Moravskoslezský kraj

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

NAPs/i – Národní akční plán sociálního začleňování

NNO – nestátní nezisková organizace

RP – raná péče

Seznam příloh

1. Manuál
2. Dotazník pro obce s pověřeným obecním úřadem
3. Dotazník pro poskytovatele rané péče
4. Seznam oslovených organizací – poskytovatelů sociálních služeb
5. Seznam oslovených obcí s pověřeným obecním úřadem
6. Cílová skupina: rodiny s dětmi s těžkým zrakovým a kombinovaným postižením
7. Cílová skupina: rodiny s dětmi s mentálním, pohybovým a kombinovaným postižením
8. Cílová skupina: rodiny s dětmi s autismem
9. Cílová skupina: rodiny s dětmi se sociokulturně znevýhodněného prostředí
10. Charakteristika poskytovatelů rané péče v Moravskoslezském kraji
11. Výzva pro poskytovatele rané péče
12. Přehled vývoje vrozených vad