



ZÁPIS Z 3.WORKSHOPU

Název projektu:	Podpora komunitních služeb chráněného bydlení v MSK - východ Podpora komunitních služeb chráněného bydlení v MSK - západ
Registrační číslo projektu:	CZ.03.02.02/00/24_068/0004635 CZ.03.02.02/00/24_068/0004636
Dotační program:	Operační program Zaměstnanost plus
Téma:	3. Workshop pro chráněné bydlení – Komplexní pohled na klíčové otázky chráněného bydlení
Místo:	Budova DTO CZ, Mariánské náměstí 480/5, Ostrava – Mar. Hory
Datum:	16. 10. 2025
Časový rozsah:	10:00 – 14:00

Obsah

Témata workshopu	2
Potřebnost služby v území	2
Jak se proměnily potřeby lidí, kteří službu využívají?	2
Měly by se služby CHB specializovat?	4
Problematika úhrad na péči a nízkopříjmových klientů	5
Stanovení hranice péče a přechod mezi službami	6
Jak se potřeby osob s duševním onemocněním odlišují od jiných klientů?	7
Vzdělávání	8
Financování služby	8
Zkratky	9

Témata workshopu

1. Potřebnost služby v území
2. Problematika úhrad za péči, problematika nízkopříjmových klientů
3. Stanovení hranice péče a přechod mezi službami, když klient potřebuje více péče, než je možno nabídnout v CHB
4. Práce s lidmi s psychiatrickým onemocněním
5. Vzdělávání pracovníků
6. Financování služeb

Hosté:

1. Zástupci Institutu posuzování zdravotního stavu
2. Zástupci Úřadu práce
3. Zástupci Psychiatrické nemocnice v Opavě
4. Zástupci města Nový Jičín

Potřebnost služby v území

V kraji chybí jednotný systém pro přijímání žádosti o službu, který by ukázal skutečnou potřebnost služby. Žadatelé podávají více žádostí do více zařízení a reálná potřebnost je tímto zkreslena.

Spolufinancování služeb ze strany obcí nutí služby přijímat klienty především ze spádové oblasti dané obce. Žádat spolufinancování u více obcí, ze kterých potencionální klienti přicházejí, je pro služby velmi administrativně náročné. Navíc trvalý pobyt je dnes sporný. Klienti často žijí dlouhé roky v nějaké obci, ale přitom trvalý pobyt mají někde jinde. U osob s duševním onemocněním dochází k častému stěhování.

V některých krajích již obdobný registr žadatelů o sociální služby funguje. Moravskoslezský kraj se aktuálně zajímá o zkušenosti s implementací těchto systémů – jakým způsobem jsou zaváděny, jaká je jejich efektivita a jaké přínosy přinášejí. V tuto chvíli však může být překážkou jednotného registru otázka souladu s legislativou GDPR.

Pro poskytovatele by bylo ideální, kdyby pro obce nastavil povinnost financování daných druhů služeb v konkrétní výši. – Toto není možné. Obce rozhodují o penězích poskytnutých sociálním službám v samostatné působnosti. Kraj nemůže určovat jaké služby a v jaké míře mají financovat.

Stačilo by alespoň propojení systémů kraje a jednotlivých měst tak, aby všichni využívali stejné formuláře. Tento úkol se snaží v kraji prosadit Pracovní skupina pro financování sociálních služeb, ale opět je to v samostatné působnosti jednotlivých obcí.

Jak se proměnily potřeby lidí, kteří službu využívají?

Veřejní opatrovníci obcí řeší situaci klientů, kteří systémem poskytování služeb „propadávají“. Chráněná bydlení byla zaměřena z počátku na klienty s mentálním postižením, stále více se rozšiřují na klienty s duševním onemocněním, ale systémem „propadají“ lidé po úrazech, s organickými poruchami, lidé s poruchami osobnosti, lidé závislí, bez invalidních důchodů, bez

příjmů, nároční klienti, kteří ovšem ještě nepatří do DZR, ale už také nemohou zůstat ani v domácím prostředí s podporou terénní služby. To způsobuje enormní tlak na opatrovníky. Tito lidé propadávají nepojistnými dávkami, systém je pro ně nastaven tvrdě, často nedosáhnou ani na I. stupeň podpory. Klientů, kteří propadají sítí, je stále více a nevíme, jak s tím dále pokračovat.

V CHB máme 3 klienty, kteří „se perou“ s poruchami osobnosti. CHB není uzpůsobeno tak, aby drželo klienta v zařízení, může chodit ven. Způsobují konflikty s ostatními klienty, s personálem, který na tyto situace není školený ani na ně nemá kapacitu, nemá dostatečné vzdělání.

Kapacita bývá dostatečná, pokud se nic neděje, ale pokud nastávají výkyvy chování, což se stává téměř u všech klientů s psychickým onemocněním, tak lze tyto situace pokrývat těžce. Služby mají mnohdy nízké personální nastavení.

Je možnou cestou zajištění terénního zdravotního týmu? Tomu se brání pojišťovny.

V MSK není ani jediná ambulance s rozšířenou zdravotní péčí. Příspěvek na péči je možný, ale pokud nejsou zdravotní služby, které by služby poskytly, tak situace nemá řešení. Obrovským problémem napříč celým spektrem sociálních služeb je rovněž absence zdravotních sester!

CHB je nastaveno tak, aby pracovalo s klienty, kteří si léky mohou brát sami, protože nezaměstnává zdravotní pracovníky - vezme si je ale opravdu?. Klient tedy nemůže mít dohled zapsán ve zdravotní dokumentaci, to ale může znamenat rovněž překážku pro poskytnutí podpory.

Každý klient, který je v CHB, nicméně potřebuje DOHLED. Do CHB se dostal právě proto, že není schopen fungovat v samostatném bydlení a potřebuje trvalou podporu. Pokud jsou tito klienti odmítáni, sanují tyto situace pracovníci obcí, kteří mají cca 20 klientů na jednoho opatrovníka.

U nás ve službě narážíme na limity u opatrovníků z řad rodiny, kteří si nepřipustí žádný z našich podnětů.

Pokud klient řekne, že je schopen si léky vzít, tak ÚP / IPZS nemá pro sociální šetření žádný argument, proč mu příspěvek dát. IPZS hodnotí dlouhodobý nepříznivý stav v trvání cca 1 roku, musí jít o těžkou poruchu. Pokud se jedná o středně těžké postižení existuje šance, že lze situaci sanovat např. úpravou prostředí, kompenzačními pomůckami apod.

Sociální pracovníce se při práci s pacienty s demencí může setkat s tzv. „lepším dnem“, kdy klient působí výrazně schopněji než obvykle. Domníváme se, že by bylo určitě vhodné, aby se sociální šetření více doplňovalo zdravotní dokumentací, která poskytuje komplexnější pohled na stav klienta. Zároveň si myslíme, že posuzování nároku na příspěvek na péči u klientů využívajících službu chráněného bydlení, je nastaveno poměrně přísně.

Jako opatrovník nemůžu říct, že by někdy ve službě CHB nepřistoupili na úpravu podmínek tak, aby vyhovovali potřebám klientů, vždy se snaží vyhovět, ale u klientů s duševním onemocněním dochází k výkyvům, k situacím, které jej totálně dekompenzují a je znovu a znovu nutná hospitalizace.

Na IPZS jsme schopní pracovat s celou spisovou dokumentací, každý člověk je hodnocen přísně individuálně a nemůžeme říct, že někdo bude mít s určitou diagnózou nárok na konkrétní příspěvek. Každý má jiné potřeby, děláme individuální sociální šetření. Řídíme se metodikou MPSV.

Při posuzování pro účely I. stupně je sociální šetření důležitý podklad. Pokud najdeme rozpor mezi sociálním šetřením a lékařskými odbornými zprávami, musíme rozpor klíčovat, proč došlo k danému vyhodnocení. Lékaři popisují funkční stav člověka, nemají doporučovat, jak by mělo IPZS rozhodnout.

Žadatelé ani lékaři neznají rozdíl mezi různými typy sociálních služeb, když se k žádosti vyjadřují, tak vlastně neví, jak daná služba funguje a kde má hranice poskytnutí služby.

Chybí flexibilita v přidělování příspěvků.

Měly by se služby CHB specializovat?

Držíme se cílové skupiny, uvedené v registru sociálních služeb, ale časem se u klientů přidružují další potřeby dané zdravotním stavem, věkem. Pokud bychom klienta posuzovali jako nového, měly by v tomto případě využít službu s vyšší mírou podpory, nicméně ze služby, kde je zvyklý, odcházet nechce.

Jsme pro rozdělování klientů podle cílové skupiny, např. klienti s PAS, klienti s mentálním postižením, klienti s duševním onemocněním

Primární jsou POTŘEBY klientů – do služby Jinak o.p.s. přichází klienti jak s mentálním postižením, tak s duševním onemocněním a důležité je zjistit, co daný člověk konkrétně potřebuje. Podle toho vyhodnocujeme, zda mu můžeme službu poskytnout a zda naše služba umí na tyto potřeby reagovat. Cílové skupiny nerozlišujeme, pouze pro potřeby registrace.

V psychiatrické nemocnici rozlišujeme pacienty diagnosticky i podle potřeb.

Máme ověřeno, že smíchání dělá na oddělení problém. Diagnóza nám pomůže k prvotnímu rozdělení. Jsou klienti, kteří mohou narušit fungování dalších klientů. Pak dochází k situacím, kdy tito lidé pendlují mezi sociální službou a nemocnicí.

V čase dochází ke změnám – u psychiatrických onemocnění je to celé o tom, že dochází k permanentním výkyvům stavu. To znamená, že se nesetkáváme se “stálým stavem” klienta.

Po transformaci psychiatrické péče nemůžeme v Psychiatrické nemocnici přijímat nové pacienty na následné lůžko, stále tam nicméně máme okolo 630 osob, naše obloženost je okolo 90 %. Sociální pracovníci nemocnice mají problém klienty umístit.

Nemocnice ročně přijme okolo 4000 osob / rok, hodně nám pomohla akutní lůžka v nemocnici v Havířově, Třinci a Ostravě (FnO). V péči zůstává cca 280 osob, kteří vyžadují vyšší míru podpory (DZR, DOZP).

Spolupráce se sociálními službami se za poslední roky velmi zlepšila, ale stále u nás někteří pacienti zůstávají měsíce nebo roky.

Často jde o osoby, které nemají rodinu, jsou nízkopříjmoví, mají mezi 40-60 roky, nejsou vhodné do domova pro seniory.

DZR dbají na to, aby v diagnóze klientů byla uvedena demence, aby si klienta zasadili do své služby, jinak jej nepřijímaly, i když projevy klienta byly stejné, jako kdyby demenci měl. V Psychiatrické nemocnici dlouhodobé pacienty nakonec přesouváme k diagnóze nedefinovaná demence.

Řešením by mohlo být zrušení rozdělení dle cílových skupin, ale primárně by se opravdu mělo přihlížet na nepříznivou sociální situaci!

Problematika úhrad na péči a nízkopříjmových klientů

Proces nároku na invalidní důchod posuzuje oddělení důchodu, podle zdravotního posudku na něj žadatelé často nárok mají, ale nesplňují nárok na dávky.

Počet klientů, kteří nedosáhnou na finanční stránku, protože nesplní podmínky vyplacení důchodu, roste.

Tito lidé „končí“ na obcích, a ty pak lobují u sociálních služeb, aby je přijaly.

Klienti ale nemají na zaplacení těchto služeb.

Od 1. 1. 2026 se má zvýšit příspěvek I. stupně z 880 Kč na 1300 Kč (po devíti letech). Rovněž dojde k navýšení 2. stupně z nyníšších 4 900 Kč na 5 400 Kč.

Začala se v praxi využívat Mezinárodní klasifikace funkčních schopností a disability a zdraví?

- Je přijata, ale nevešla v účinnost, stát stále jede podle diagnóz. Pracovníci IPZS prošli školením, zkoušeli klasifikaci, je časově náročná, a také má své „mouchy“, neodhaluje všechny nedostatky.

Aktuálně se připravuje Klasifikace MKN 11 platná pro celou Evropu. Měla by být spuštěna co nejdříve, je přístupná v on-line prostředí.

Dlouhodobě vnímáme nárůst lidí s nízkými příjmy (u nás ve službě se jedná o 90 % klientů), ale nevíme, jak se to bude do budoucna řešit. Co se bude s nízkopříjmovými klienty dělat? Zároveň vnímáme až enormní nárůst osob se závislostmi.

Ve službách CHB máme spoustu žádostí od osob, které mají o CHB zájem jen z důvodu zajištěného bydlení, práce na dalších potřebách (např. řešení drogové minulosti apod.) je nezajímá.

Jaké dávky se vám daří vyřizovat? Využíváme všechny možnosti, které stát nabízí.

Chráněná pracoviště – komplikované pro lidi s duševním onemocněním, kteří mají velké výkyvy. Místa ve firmách by i byla, ale pro firmy je to riziko a takové lidi raději nepřijmou.

Tito lidé často porušují povinnosti vůči ÚP a ten je potom musí z evidence vyloučit, pak se klient zase dostává do situace, kdy za něj není odvedeno ZP a dostává se do dluhů.

Jak konkrétně řešíte situace u lidí, kteří nemají přiznány příspěvky, jsou nízkopříjmoví? Žádáme o doplatek na bydlení, využíváme potravinovou banku, klienti využívají i společné vaření, poskytujeme snížené úhrady. Někdo nejde cestou snížených úhrad, protože to zkresluje finanční náročnost služby a žádá o dofinancování.

Často realizujeme doprovody do obchodů, protože jinak klienti nakoupí to nejdražší, hodně pomáhá společné vaření, vaření na více dní, je to individuální.

Vidíme paradox a střety mezi klienty, kdy si celý život vše platili i ti, kteří mají přídatky od státu, a nakonec jsou na tom stejně.

Klientům se mění potřeby (např. zhoršení zdravotního stavu, diabetes), čímž rostou náklady na stravování, a nezbyvá žádná další položka, na které by se dalo ušetřit. Nastává nepohoda. Je to začarovaný kruh.

Jedinou položkou, za kterou se dá reálně ušetřit, je opravdu strava, ale to nelze realizovat u osob, kteří mají například diabetes a potřebují upravený jídelníček.

ÚP – Nevíme, jak příjmy klientů ovlivní nová tzv. Super dávka. Není zatím vytvořena kalkulačka, takže nevíme, jak se změní poměry konkrétních klientů. V současné chvíli se musí opravdu na ty změny počkat.

Stanovení hranice péče a přechod mezi službami

Služby jsou „zašpuntované“ a přechod není prakticky možný.

My máme v organizaci CHBi DOZP. V rámci DOZP se ročně uvolní cca 3 místa a je zde tlak na umístění zvenku, tedy osoby, které potřebují větší míru podpory, což vede k tomu, že se nepodaří přesunout člověka z CHB.

V CHB se nám podaří přesunout cca 1/3 klientů do terénních služeb, ale tímto přesunem se situace klienta často zhorší.

Jaké máte strategie, aby se stav ještě více nezhoršil? Kontaktujeme zdravotnická zařízení! Psychiatrická nemocnice - ano lidé potom pendlují mezi službou a nemocnicí.

Je třeba začít jednat o náročnosti a nutnosti změny služby typu DOZP, DZR.

Když poskytujeme více služeb, je to jediná naše výhoda, ostatní služby jsou zcela plné.

Seniora s mentálním postižením do normálního DS nedostaneme.

Když jsme posouvali klienta do DZR, pořád to byli psychicky orientovaní klienti, jen fyzicky se zhoršili, vedlo to ke zhoršení i jejich psychického stavu. Pořád pendloval, nechápal proč. Zatřáslí jsme jejich domovem, jejich jistotou, jsou napojení na danou obec. Bylo by fajn, kdyby v CHB mohli klienti dožít.

Uvažujete o přeregistrování služby? Bavíme se o tom na kraji. Rozdíly mezi službami se stírají.

Uvítali bychom metodické pokyny, stejně jako to má DZR, což by pomohlo službám, které neví, jak přistoupit k nějaké situaci

- DZR má stanoven personální standard u projektů z EU
- CHB také potřebuje 24 hodinový dohled, ale personální standardy stanoveny nemá
- Vymahatelnost modelu sociálních služeb ?

Podpora samostatného bydlení (v Jinak o.p.s.) – zabýváme se i provázením osob ke konci jejich života, není to vždy o penězích, ale spíše o vůli organizace, chuti do toho jít. Hledáme cesty spolupráce se zdravotními službami.

U klientů vyššího věku není vhodná neustálá změna sociálního prostředí, to lidem může ublížit, což je podstatné, abychom si uvědomovali.

U stárnoucích klientů dochází ke “stírání” hranic služeb chráněné bydlení x DOZP x DZR. Stárnoucí klienti mnohdy ztrácí jistotu “domova”, chráněné bydlení není schopno zajistit zdravotní potřeby. Služby by však měly řešit doprovázení, paliativní péči. Některá chráněná bydlení tuto dobrou praxi zmiňují. Řada věcí je o spolupráci, multidisciplinarity a ochotě personálu.

Město Nový Jičín – podařilo se nám 10 opatrovanců přesunout z CHB do PSB. Občas se nám stává, že klienty služba či opatrovník v tomto úsilí, přesunout se do vlastního bydlení, nepodporí. Také záleží na městě, jaké má bytové možnosti.

Jak se potřeby osob s duševním onemocněním odlišují od jiných klientů?

Bojujeme s velkým nedostatkem psychiatrů.

Pokud klient nemá primárně uvedeno duševní onemocnění, nemůže využívat služby CDZ. Spolupracujeme s terénními formami sociální rehabilitace.

I v rámci posuzování na IPZS máme velký problém se získáním posudků psychiatrů. Potřebujeme psychiatrický nález. Často se stává, že péče není dostupná, i když na šetření vidíme, že tam psychiatrické onemocnění je. Délka posuzování se prodlužuje, protože čekáme na nálezy i 6 měsíců.

Máme klienty, kteří jsou historicky diagnostikováni, ale potřebovali projít aktualizací, a není možné se k lékařům dostat.

Přetížení doktorů psychiatrů i v nemocnicích. Zároveň do budoucna bude obrovský problém s nedostatkem dětské psychiatrie!

Narůstají žádosti o invalidní důchody ve věku 18 let (covidová doba lze velmi poznat) – lze to pozorovat i celosvětově. V porovnání s Evropou na tom nejsme hůře.

Lidé kolují mezi domovem, PN, LDN.

Máme dobrou zkušenost s Krizovým centrem Ostrava- dobrá zkušenost, umí poradit v krizi, Využíváme on-line psychoterapie

Velmi podstatné je uvědomit si, že Moravskoslezský kraj je opravdu rozmanitým krajem, jsou části, kde neseženete málem ani sociálního pracovníka!

Vzdělávání

Využíváme kurzy různých projektů.

Služby kvitují projekt "Podpora duše 3". Velmi pozitivně hodnotí dlouhodobé výcviky jako je otevřený dialog, krizová intervence.

Témata pro vzdělání

- Psychiatrické minimum pro všechny pracovníky (i když máme klienty většinou s mentálním postižením)
- Jsme vyškoleni na Sexualitu 1 a kvitovali bychom pokročilý kurz Sexualita 2 pro vytipované pracovníky
- CHB pro klienty s duš. onemocněním budeme teprve otevírat – uvažujeme nad vzděláváním – dobrá spolupráce s psychiatrickou nemocnicí, nabídli nám stáž
- Výcvik Care je velmi drahý, ale skvělý
- Daří se vám poznatky ze školení zavádět do praxe? Jak kdy, jak co.
- Na ÚP máme v nabídce stále dokola kurz proti vyhoření, kurz jednání s klienty - nemáme moc na výběr, pracovníci by si zasloužili jiné typy školení, také jsme zažili možnost využít supervizi
- Využíváme supervizní setkání (supervizor musí sednout celému týmu) – pak je to výhra, někdy se to daří lépe, někdy hůře, ale tato metoda může pomoci
- Využíváme metodickou podporu, konzultace v rámci projektů
- Když řešíme konkrétní problém, obracíme se na konkrétní odborníky, a uděláme alespoň on-line školení
- V PN také nejsme všichni vzděláni v metodě CARE, pokud máte možnost kohokoliv dovézt, pošlete ho na takové školení
- Potřebujeme dlouhodobější vzdělávání typu výcviků
- V CHB pracujeme s lidmi, kteří na pozici PSS nemají žádné znalosti ani zkušenosti
- Pro nás je velmi podstatné, když kraj realizuje projekty a můžeme z nich proškolit více lidí, to je pro nás nejdůležitější
- 8hod. Kurzy jsou nedostatečné.
- Je třeba, aby byly týmy proškolené ve stejné oblasti, aby pracovníci uplatňovali stejné způsoby práce, postupy.
- Je třeba mít pracovníky, odborníky s adekvátním vzděláním.

Financování služby

- Nedostatek není jen o penězích, ale hlavně o personálu a prognóza do budoucnosti je nelichotivá, populační křivka je v tomto směru také nepříznivá, a to po celé Evropě
- Minimální počet personálu na CHB je nakonec svazující, když někde napíšeme minimum, tak se pak všichni drží minimální hranice....a nikdo nechce platit víc. Minimální personální standard může být pro klienty ohrožující.
- Služby vítají možnost mít finance na DPP na zajištění pokrytí služeb pracovníky, kteří pokrývají dovolené a nemocenské, vykrývají směny.

Poslední workshop proběhne 12. 2. 2026 – dopracujeme model sociální služby Chráněné bydlení

Zkratky

DOZP – Domov pro osoby se zdravotním postižením

DS – Domov pro seniory

DZR – Domov se zvláštním režimem

EU – Evropská unie

FnO – Fakultní nemocnice Ostrava

GDPR - General Data Protection Regulation, česky Obecné nařízení o ochraně osobních údajů.

CHB – Chráněné bydlení

IPZS - Institutu posuzování zdravotního stavu

LDN – Léčebna dlouhodobě nemocných

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MSK – Moravskoslezský kraj

PSS – Pracovník v sociálních službách

PSB – Podpora samostatného bydlení

PN – Psychiatrická nemocnice

ÚP – Úřad práce