

**Interreg
Europe**



Co-funded by
the European Union

NEAR

Regionální diagnóza Kraje Vysočina v rámci projektu NEAR

Nové sociální služby: inovativní nástroje a dovednosti pro
sociální modely zaměřené na člověka a komunitu

únor 2024



Kraj Vysočina

OBSAH

SHRNUTÍ	4
1. ÚVOD	6
2. REGIONÁLNÍ KONTEXT	7
2.1 Zeměpisná poloha a mapa regionu	7
2.2 Forma vlády a správy	8
Orgány kraje	8
Krajské úřady	8
Kraj Vysočina	9
2.3 Sociodemografické souvislosti	11
Demografická projekce v Kraji Vysočina do roku 2050	11
2.4 Hlavní ekonomické údaje za region	13
3. CHARAKTERISTIKA SYSTÉMU SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	15
3.1 Správní struktura a organizace	15
Historický vývoj sociálních služeb v ČR	15
Zákon o sociálních službách	16
Právní normy a dokumenty upravující fungování systému sociálních služeb	17
3.2 Model řízení a financování	18
Problémy současného financování sociálních služeb	20
Financování sociálních služeb v Kraji Vysočina	21
3.3 Kompetence v oblasti působení sociálních služeb v regionu	22
Druhy sociálních služeb	22
Krajská síť sociálních služeb	23
Registrace sociálních služeb	23
Hodnocení kvality sociálních služeb	24
Sociální služby v Kraji Vysočina a predikce vývoje kapacit do roku 2050	24
3.4 Vztah k ostatním systémům sociální ochrany	26
4. ANALÝZA SOUČASNÉ SITUACE	29
4.1 Analýza provádění změny modely péče směrem k přístupům péče zaměřeným na člověka	29
Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Kraje Vysočina na období 2023-2025	29
4.2 Klíčové kompetence pro nový model péče	31
4.3 SWOT analýza	33
Metodika a použité zdroje	33
Matice SWOT	35
Interní analýza	37
Externí analýza	38
5. DOBRÁ PRAXE	40
5.1 Projekty realizované Krajem Vysočina	40
5.2 Vzdělávání v oblasti péče zaměřené na člověka	44

6. ZÁVĚRY A DOPORUČENÍ	47
Seznam literatury	49
Seznam používaných zkratek	51
Seznam příloh	51

SHRNUTÍ

Regionální kontext

- Kraj Vysočina se vyznačuje nízkou hustotou osídlení, značným počtem převážně malých obcí a nižším podílem městského obyvatelstva.
- Pokračuje proces stárnutí obyvatelstva, zvyšuje se počet obyvatel v poproduktivním věku a roste průměrný věk.
- Věková struktura za minulý rok se díky uprchlíkům z Ukrajiny mírně omladila. Průměrný věk obyvatel se snížil ze 43,2 na 43,1 let. Dětská populace (0-14 let) tvoří necelých 16 %, seniorská populace (65 let a více) více než 21 %, tj. přes 100 tisíc seniorů.
- Demografické projekce Českého statistického úřadu do roku 2050 předpokládá pokles počtu obyvatel o 8 %. I nadále bude růst podíl počtu osob ve věku 65 a více let (v roce 2050 jedna třetina obyvatel).
- Ekonomická výkonnost kraje zaostává za celorepublikovým průměrem. Podíl kraje na celostátním hrubém domácím produktu činí méně než 4 %. V roce 2021 činil hrubý domácí produkt na 1 obyvatele kraje Vysočina přibližně 81 % průměru České republiky.

Sociální služby v Kraji Vysočina

- Většina sociálních služeb v kraji Vysočina je poskytována na základě komunitní metody péče, velká ústavní zařízení procházejí procesem transformace. Velký důraz je kladen na posílení komunitních služeb tak, aby klient mohl co nejdéle zůstat v přirozeném domácím prostředí.
- Dle Registru poskytovatelů služeb Ministerstva práce a sociálních věcí ČR k 31. 12. 2021 působilo v Kraji Vysočina celkem 292 registrovaných poskytovatelů sociálních služeb:
 - služby sociální péče tvoří 63 %, služby sociální prevence 29 % a služby sociálního poradenství 8 %,
 - nejvíce poskytovatelů nabízí sociální služby ambulantní formou (108), pobytovou formou 99 poskytovatelů a terénní formou 85 poskytovatelů sociálních služeb.
- Zatímco pobytové služby sociální péče jsou v rámci Kraje Vysočina rozvrstveny relativně rovnoměrně, služby sociální péče poskytované terénní formou jsou více centralizovány, především v rámci území obcí s rozšířenou působností a statutárního města Jihlava.
- Na základě navýšení počtu seniorů do roku 2050 o 39,9 % je doporučeno i nadále průběžně navýšovat kapacity v domovech pro seniory orientačně na 2 644 lůžek a v domovech se zvláštním režimem orientačně na 1 370 lůžek.

Reflexe modelu péče směrem k přístupům zaměřených na člověka

- Kraj Vysočina podporuje sociální změnu, stabilní a zdravé životní prostředí, řešení problémů v mezilidských vztazích, posílení kompetencí lidí za účelem naplnění jejich osobního blaha. Tento přístup promítá i do oblasti sociálních služeb.
- Kraj Vysočina hledá nová a inovativní řešení, i v oblasti sociálních služeb. V roce 2022 získal hlavní ocenění za projekt „Tvorba systému sociálně zdravotního pomezí v Kraji Vysočina“.

- Proaktivní přístup k legislativním změnám, které položí základ rozvoji infrastruktury sociálních služeb na komunitní bázi. Nový legislativní rámec je nezbytným předpokladem pro prostupnost, flexibilitu a zvýšení kvality sociálního systému při snížení byrokratické zátěže.
- Základním kamenem přístupu zaměřeného na člověka je respektování lidské důstojnosti a vnitřní hodnoty každého člověka. Změny v sociální oblasti musí být prováděny tak, abychom sociální práci posunuli blíže k člověku, nikoli od něj.
- Zásadní je role finančního aspektu pro rozvoj sociálních služeb a implementaci nových modelů péče zaměřených na člověka. Dostupnost finanční podpory je nezbytným předpokladem (např. proces deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb).
- Zdravé finanční prostředí sociálních služeb má vliv na personální a technické vybavení poskytovatelů sociálních služeb.
- Kraj podporuje změny nekomunitního modelu poskytování sociálních služeb směrem k modelu komunitnímu.
- Důslednější přístup k řešení problémů s meziresortním přesahem – efektivní práce s monitorováním dat, koordinací aktivit a jednání s věcně příslušnými partnery.
- Zásadními podmínkami pro zavádění modelu péče zaměřeného na člověka jsou osobnostní charakteristiky pracovníků, nastavení spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu (včetně rodiny), zdroje (čas, prostředky a vzdělávání), kultura a procesy dané organizace.
- Kraj Vysočina musí mít jasnou a ucelenou vizi a stanovené cíle, ze kterých bude vycházet koncepce sociální politiky. Výsledkem bude jasně daný rámec, který bude motivovat poskytovatele sociálních služeb k naplňování těchto hodnot.
- Kvalitní vzdělávání pracovníků v sociálních službách, supervize a konzultace je nezbytným předpokladem k naplňování přístupu zaměřeného na člověka.
- *Silnými stránkami* Kraje Vysočina jsou bohaté zkušenosti s transformací sociálních služeb, zaměření poskytovatelů služeb na vzdělávání personálu, orientace na nové a inovativní metody péče zaměřené na klienty.
- Jako *slabé stránky* byla identifikována zejména nedostupnost některých druhů sociálních služeb, nedostatečná provázanost sociálních a zdravotních služeb. Dále nedostatečná ochota klientů k zajištění terénních služeb, nedostatečná ochrana neformálních pečovatelů.
- *Hrozbou* je zejména nepříznivá demografická prognóza obyvatelstva kraje, nedostatek financí a ochoty obcí podílet se na financování sociálních služeb. Závažnou hrozbou je také nedostatek kvalitních pracovníků, nízká prestiž a vysoká náročnost profese pečovatele.
- Mezi *příležitostmi* můžeme zařadit zkušenosti a pilotní projekty umožňující inovativní přístupy, vědecké důkazy a získávání poznatků o modelech péče, které fungují a dobře fungují pro komunitu, vývoj nových technologií apod.
- Z Národní strategie rozvoje sociálních služeb na roky 2016–2025 vyplývá, že stát si je vědom slabých stránek a potenciálních hrozeb v oblasti sociálních služeb. Chybí však široký konsenzus na řešení – politická vůle.

1. ÚVOD

Cílem projektu **NEAR – New social services** (č. 01C0271) realizovaného v období 1. 3. 2023 - 28. 2. 2027, je rozvíjet a zdokonalovat komunitní sociální modely zaměřené na člověka a předávat osvědčené postupy v oblasti odborné přípravy zaměstnanců v sociálních službách. Tyto nové modely by měly plně respektovat osobnost a integritu jednotlivce. Měly by uznávat člověka jako hlavního aktéra při spoluvytváření opatření zaměřených na uspokojování jeho potřeb s cílem zlepšit kvalitu jeho života. Nové sociální modely jsou zaměřeny jak na člověka – usilují o maximální rozvoj jeho schopností a dovedností, tak na jeho vztahové prostředí – snaží se maximalizovat primární podporu, které se člověku dostává od jeho rodiny, blízkých a komunity, ve které žije. Přijetí těchto modelů znamená změnu profesionální praxe, od role experta k roli doprovázení, poskytování podpory, vedení a motivace.

V rámci České republiky je do projektu NEAR zapojena Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR (dále jen APSS ČR) a jako přidružený politický partner Kraj Vysočina. Podrobnou charakteristiku tohoto kraje nalezneme v kapitole 2 – Regionální kontext. Kraj Vysočina má svá specifika odlišujícího jej od ostatních krajů (historicko-kulturní a společenský kontext) a charakterizuje jej také proaktivní přístup k rozvoji sociálních služeb. V roce 2022 získal celonárodní ocenění za inovativní projekty v sociálních službách s názvem „Tvorba systému sociálně zdravotního pomezí v Kraji Vysočina“.

Základním kamenem rozvoje a spolupráce je snaha pochopit a reflektovat potřeby nejen samotných klientů sociálních služeb, ale i souvisejících systémů – rodinného, sociálního prostředí, systém financování a sítě sociálních služeb, vzdělávání. Reflektují se nové trendy, postupy. Projekt NEAR má přinést inspiraci ve vnímání a pochopení nových modelů zaměřených na člověka a v jejich uplatnění v rámci sociální práce.

Regionální diagnóza je jednou z klíčových aktivit projektu, která má napomoci Kraji Vysočina plnohodnotně reflektovat stávající stav sociálních služeb a s ohledem na nové myšlenky a koncepty uchopit pojetí a směřování sociálních služeb na další časový horizont.

Regionální diagnóza Kraje Vysočina byla vytvořena zaměstnanci APSS ČR a zaměstnanci Kraje Vysočina – Odboru sociálních služeb. Výchozím dokumentem při tvorbě regionální diagnózy byl Střednědobý plán rozvoje Sociálních služeb Kraje Vysočina na období 2023-2025. Údaje z tohoto dokumentu byly doplněny údaji Českého statistického úřadu a Ministerstva práce a sociálních věcí.

2. REGIONÁLNÍ KONTEXT

Tato dílčí část Regionální diagnózy přináší poznatky o vybraných tendencích sociodemografického, sociálního a ekonomického vývoje Kraje Vysočina v kontextu dat zejména od Českého statistického úřadu.

2.1 Zeměpisná poloha a mapa regionu

Kraj Vysočina leží uprostřed České republiky, na rozhraní historických zemí Čechy a Morava. Na severu sousedí s krajem Pardubickým, na západě a jihozápadě s krajem Jihočeským, na jihovýchodě a východě s krajem Jihomoravským a na severozápadě s krajem Středočeským. Kraj Vysočina je charakteristický řídkým osídlením. Rozdrobená sídelní struktura způsobuje v některých případech vylidňování menších obcí a migraci mladých a kvalifikovaných obyvatel do větších sídel¹.

Výměrou 6796 km² patří Vysočina ke krajům nadprůměrné velikosti, neboť pouze čtyři kraje v České republice jsou plošně rozlehlejší (Středočeský kraj, Jihočeský kraj, Plzeňský kraj a Jihomoravský kraj).



Obrázek č.1 – Kraje České republiky



Obrázek č.2 – Okresy Kraje Vysočina

Území Kraje Vysočina se administrativně člení na 5 okresů. Základní samosprávnou jednotkou jsou obce, kterých je v kraji 704. Obec na Vysočině má v průměru 725 obyvatel, tedy nejméně ze všech krajů České republiky. V kraji jsou nejčastěji zastoupeny obce s méně než 500 obyvateli. Statut města² má v současnosti 35 obcí kraje, což je v rámci České republiky, vzhledem k velikosti regionu, mírně podprůměrné³. Od roku 2000 je statutárním městem Kraje Vysočina město Jihlava s více než 50 000 obyvateli.

¹ Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Kraje Vysočina 2023-2025

² Dle zákona o obcích je městem stanovena taková obec, která má alespoň 3 000 obyvatel, pokud tak (na žádost obce) stanoví předseda Poslanecké sněmovny po vyjádření vlády.

³ Český statistický úřad, 2022

2.2 Forma vlády a správy

Krajem jsou v České republice označeny tzv. vyšší územní samosprávné celky. Česká republika je tvořena celkem 14 samosprávnými kraji (hlavní město Praha je krajem i obcí zároveň). Postavení krajů v České republice a v systému veřejné správy není zanedbatelné. Kraje, jakožto vyšší územní samosprávné celky, mají významnou roli v řadě oblastí, jako je například doprava, regionální rozvoj, sociální služby, školství, zdravotnictví či životní prostředí. Činnost krajů a jimi zřízených organizací se každodenně významně dotýká života obcí a jejich občanů.

Orgány kraje

- **Zastupitelstvo kraje** – základní volený orgán kraje, počet členů zastupitelstva se odvíjí od počtu obyvatel v kraji⁴. Zastupitelstvo volí hejtmana, jeho náměstky a další členy rady kraje, zřizuje a ruší výbory zastupitelstva, vydává obecně závazné vyhlášky, rozhoduje o poskytování dotací z rozpočtu kraje, schvaluje program rozvoje územního obvodu kraje, schvaluje rozpočet apod. Volby do zastupitelstev krajů se konají každé 4 roky.
- **Rada kraje** – výkonný orgán kraje. Členy rady jsou hejtman, náměstci hejtmana a další členové tzv. radní. Rada kraje připravuje návrhy a podklady pro jednání zastupitelstva, zabezpečuje hospodaření kraje podle schváleného rozpočtu, stanovuje počet zaměstnanců krajského úřadu apod. *Rada Kraje Vysočina má zřízenou Komisi sociální a pro oblast protidrogové politiky, která je poradním orgánem v sociálních věcech.*
- **Hejtman kraje** – zastupuje kraj navenek, je odpovědný za zajištění přezkoumání hospodaření kraje, jmenuje a odvolává ředitele krajského úřadu, podepisuje právní předpisy kraje, odpovídá za informování občanů, činnosti kraje a vykonává další úkoly.
- **Krajský úřad** – výkonný orgán, který zabezpečuje výkon veřejné správy na území kraje. Plní úkoly, které mu v samostatné působnosti ukládá zastupitelstvo kraje. Krajský úřad je regionálním správním úřadem. Jeho role je především starat se o kraj jako celek, primární je tedy koordinování obcí a poskytování odborné pomoci při jejich působení. Pro občany vykonávají krajské úřady věci jako vyřizování dotací, dotování dalších projektů. Krajský úřad tvoří ředitel a zaměstnanci kraje zařazení do krajského úřadu. Krajský úřad se člení na odbory a oddělení.

Krajské úřady

Krajské úřady se ze zákona člení na odbory a oddělení. Oborová působnost jednotlivých odborů částečně odráží působnost ministerstev (odbor životního prostředí a zemědělství, odbor školství, mládeže, sportu a tělovýchovy, odbor pro regionální rozvoj), částečně je tato působnost určena vyčleněnou agendou přenesenou na krajský úřad (odbor krajského živnostenského úřadu). Zřízení zbylých odborů vyplývá z konkrétních potřeb kraje jako právnické osoby (odbor majetkový, odbor

⁴ Podle zákona o krajích je počet členů zastupitelstva kraje: do 600 000 obyvatel – 45 členů, do 900 000 obyvatel 55 členů, nad 900 000 obyvatel 65 členů zastupitelstva.

ekonomický, odbor kontroly, odbor interního auditu, odbor kanceláře hejtmána, grémium ředitele) aj. V oblasti sociálních služeb a zdravotnictví působí kraj zejména v těchto oblastech:

Sociální služby

- Krajský úřad v přenesené působnosti registruje poskytovatele sociálních služeb.
- Kraj zřizuje příspěvkové organizace⁵ zejména za účelem zajištění finančně nákladných pobytových služeb domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněná bydlení.
- Zajišťuje sociálně-právní ochranu dětí (zprostředkovává náhradní rodinnou péči, zajišťuje odbornou přípravu žadatelů o náhradní rodinnou či pěstounskou péči, osvojení, a poskytuje metodickou pomoc orgánům obcí).
- V samostatné působnosti kraj zjišťuje potřeby sociálních služeb na svém území a zajišťuje dostupnost sociálních služeb na svém území prostřednictvím krajem určené sítě sociálních služeb. Zpracovává střednědobý plán rozvoje sociálních služeb, spolupracuje s obcemi, ministerstvem, dalšími kraji a s poskytovateli sociálních služeb.

Zdravotnictví

- Kraj zřizuje a řídí krajské nemocnice.
- Krajský úřad uděluje oprávnění k poskytování zdravotních služeb (lékaři primární péče, ambulantní specialisté, lékárny, domácí zdravotní péče, dopravní zdravotní služby, léčebny dlouhodobě nemocných, odborné ústavy, dětské léčebny nebo lázně).
- Jako příspěvkové organizace zřizuje zdravotnickou záchrannou službu (také leteckou záchrannou službu nebo lékařskou pohotovostní službu) a dále dětská centra.
- Spolupracuje s dalšími složkami na úseku Integrovaného záchranného systému a krizové připravenosti.

Kraj Vysočina

Kraj Vysočina má celkem 45 členů Zastupitelstva, které je voleno na dobu 4 let. Nejbližší volby do zastupitelstev krajů se budou konat na podzim roku 2024. Zastupitelstvo volí 9 členů rady kraje včetně hejtmána kraje a jeho náměstků. Krajský úřad Kraje Vysočina se dělí na 3 sekce a celkem 20 odborů a oddělení⁶.

⁵ Dle zákona o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů mohou obce a kraje ve své pravomoci k zabezpečení veřejně prospěšných činností zřizovat mimo jiné příspěvkové organizace jako právnické osoby, které zpravidla ve své činnosti nevytvářejí zisk.

⁶ Extranet Kraje Vysočina, Příspěvkové organizace

Tabulka č. 1 – Odbory a oddělení Krajského úřadu Kraje Vysočina

SEKCE ŘEDITELE KRAJSKÉHO ÚŘADU
• Grémium ředitele • Odbor personální a hospodářské správy • Odbor regionálního rozvoje • Odbor sekretariátu hejtmána • Oddělení interního auditu • Oddělení právní a krajského živnostenského úřadu • Oddělení vnitřní kontroly
SEKCE EKONOMIKY A PODPORY
• Odbor analýz a podpory řízení • Odbor dopravy a silničního hospodářství • Odbor ekonomický • Odbor informatiky • Odbor kontroly • Odbor majetkový
SEKCE PRO SLUŽBY VEŘEJNOSTI
• Odbor kultury, památkové péče a cestovního ruchu • Odbor sociálních věcí • Odbor školství, mládeže a sportu • Odbor územního plánování a stavebního řádu • Odbor zdravotnictví • Odbor životního prostředí a zemědělství • Odbor ostatní správních činností

V sociální oblasti zřizuje kraj celkem 18 příspěvkových organizací (viz. příloha č. 1), které poskytují zejména pobytové služby pro cílové skupiny seniorů a osoby se zdravotním postižením (domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem, odlehčovací služby, denní stacionáře, sociální poradenství apod.) **V oblasti zdravotnictví zřizuje kraj 8 příspěvkových organizací**, mezi kterými jsou zejména nemocnice, dětská centra a centrum pro děti a rodinu a zdravotnická záchranná služba.

2.3 Sociodemografické souvislosti

Podle údajů Českého statistického úřadu⁷ k 12. 12. 2023 bylo v Kraji Vysočina evidováno **517 598 obyvatel**, z toho 49,6 % mužů (256 841) a 50,4 % žen (260 757), což představuje třetí nejnižší lidnatost v krajích ČR. V porovnání s předchozím rokem tato hodnota znamenala **nárůst počtu osob o více než 6 000**. Nutno však podotknout, že čísla za rok 2023 již obsahují informace o občanech Ukrajiny, kterým byla udělena dočasná ochrana v souvislosti s válkou na Ukrajině. Počtem osob se tak kraj Vysočina po období dlouhého postupného poklesu vrátil na úroveň roku 2008.

Celkový růst populace se projevil ve všech okresech kraje, nejvíce obyvatel získal Jihlavský okres (+1 268). Ve všech okresech obyvatel přibýlo jen díky kladnému migračnímu saldu, přirozený přírůstek byl vesměs záporný. V průběhu prvních devíti měsíců roku 2023 se v Kraji Vysočina živě narodilo 3 438 dětí, zhruba o 420 méně než ve stejném období předchozího roku. V lednu až září 2023 na Vysočině zemřelo 4 022 osob, tedy přibližně o 270 méně než v 1. až 3. čtvrtletí roku 2022 a o 190 méně než v posledním „předcovidovém“ roce 2019. Počet zemřelých převýšil počet narozených ve všech okresech kraje, nejvýrazněji v okrese Třebíč (přirozený úbytek -169 obyvatel). V lednu až září 2023 bylo v Kraji Vysočina podle předběžných údajů uzavřeno 1 943 manželství, bezmála o pětinu méně než v posledním „předcovidovém“ roce 2019.

Díky nově příchozím obyvatelům v produktivním věku a dětem se věková struktura obyvatel kraje během posledního roku mírně omladila. **Průměrný věk obyvatel se snížil ze 43,2 na 43,1 let**. Dětská populace (0-14 let) tvoří necelých 16 %, zatímco seniorská populace (65 let a více) představuje přes 21 %, v absolutních hodnotách to znamená, že na Vysočině žije přes 100 tisíc seniorů. Podrobné informace jsou uvedeny v příloze č. 2.

Demografická projekce v Kraji Vysočina do roku 2050⁸

Na základě **demografické projekce Českého statistického úřadu bude v roce 2050** žít na Vysočině pouze 466 997 obyvatel, což představuje pokles o 8 % obyvatel. Pokles počtu obyvatel na Vysočině bude patřit k nejvyšším v mezikrajském srovnání. Porostou počty zemřelých osob, zatímco živě narozených bude ubývat. **Na výsledcích predikce jsou znepokojující především změny v podílech obyvatelstva podle věku**. V roce 2050 by měl v Kraji Vysočina klesnout podíl dětí mladších 15 let na 14,2 % z celkového počtu obyvatel kraje proti 15,4 % v roce 2019. Podíl počtu osob ve věku 65 a více let se v roce 2050 zvýší na 31,7 % z celkového počtu obyvatel kraje oproti 20,1 % v roce 2019. Tato skupina obyvatel tak bude tvořit třetinu z odhadovaného celkového počtu obyvatel Kraje Vysočina. Zastoupení obyvatel ve věku 15–64 let se sníží ve sledovaném období z 64,4 % v roce 2019 na 54,1 %, podíl této skupiny obyvatelstva tak bude nejnižší mezi všemi kraji.

⁷ Český statistický úřad, 2023

⁸ Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Kraje Vysočina 2023-2025

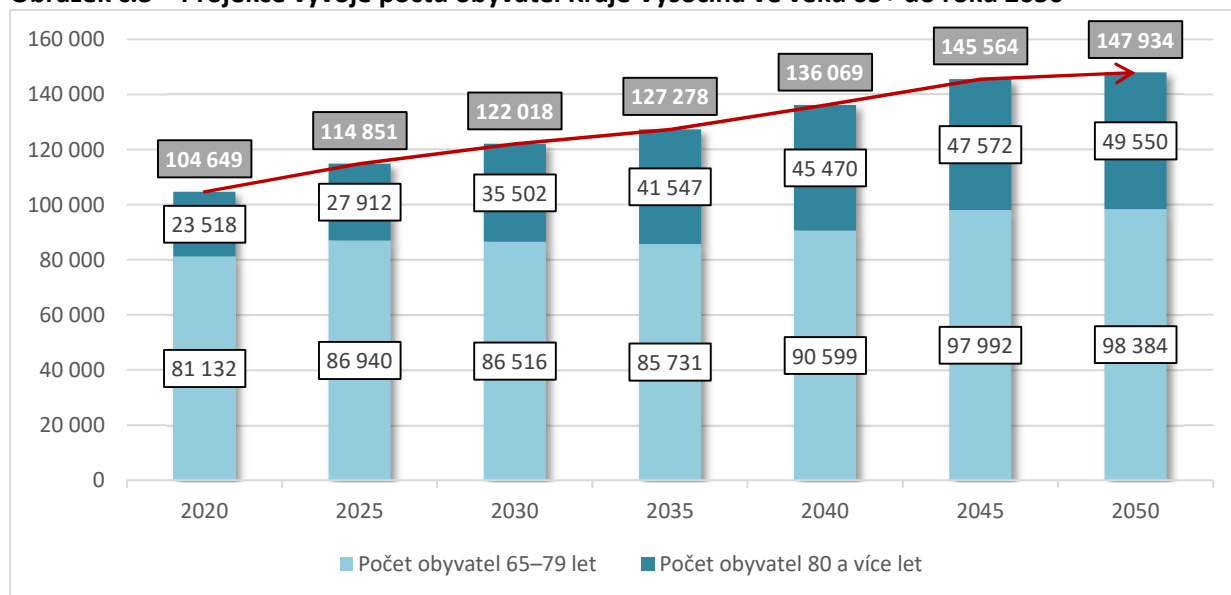
Tabulka č.2 – Projekce počtu obyvatel Kraje Vysočina v letech 2020–2050

Věk	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	Trend
Celkem	509 678	506 997	501 129	492 980	484 192	475 461	466 997	▼ -42 681
Z toho ve věku:								
Věk 0-14	79 157	77 043	73 426	67 989	64 875	64 981	66 205	▼ -12 952
Věk 15-64	325 872	315 102	305 685	297 713	283 248	264 916	252 858	▼ -73 014
Věk 65+	104 649	114 851	122 018	127 278	136 069	145 564	147 934	▲ 43 285

Zdroj: Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Kraje Vysočina 2023-2025

Z demografické projekce obyvatel vyplývá, že v Kraji Vysočina bude narůstat oproti jiným věkovým skupinám skupina obyvatel ve věku 65 a více let. Níže uvedený graf dokumentuje absolutní počty této věkové skupiny, s rozdělením na počty obyvatel ve věku 65–79 let a počty obyvatel ve věku 80 a více let.

Obrázek č.3 – Projekce vývoje počtu obyvatel Kraje Vysočina ve věku 65+ do roku 2050



Zdroj: Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Kraje Vysočina 2023-2025

Naděje dožití při narození vzroste v Kraji Vysočina u mužů ze 77,5 let v roce 2020 na 82,8 let v roce 2050 a u žen z 83,2 na 87,2 let. Rozdíl v naději dožití při narození u mužů a žen by se tedy měl snížit z 5,7 roku v roce 2020 na 4,4 roku v roce 2050.

Další hlavní fakta sociodemografického vývoje⁹:

- Kraj Vysočina se vyznačuje nízkou hustotou osídlení, značným počtem převážně malých obcí a nižším podílem městského obyvatelstva.
- V letech 2020 a 2021 došlo k výraznému přirozenému úbytku obyvatel kraje, který byl částečně kompenzován kladným migračním přírůstkem. Některé části kraje ale ztrácejí obyvatele i stěhování, dlouhodobě to platí pro okres Třebíč.
- Vzdor značnému počtu přistěhovalých ze zahraničí je v Kraji Vysočina stále evidován relativně nízký počet cizinců.
- Počet narozených dětí se drží na relativně vysoké úrovni, stejně jako průměrný věk matky při narození. Dále se zvyšuje podíl dětí narozených mimo manželství, který ale ve srovnání s velkou většinou krajů České republiky stále zůstává relativně nízký.
- V letech 2020 a 2021 došlo v důsledku epidemie covidu-19 k nárůstu úmrtnosti.
- Pokračuje proces stárnutí obyvatelstva, zvyšuje se počet obyvatel v poproduktivním věku a roste průměrný věk. Nejmladším okresem je Jihlava, nejstarším okres Pelhřimov.
- V letech 2020 a 2021 došlo v kraji k poklesu počtu sňatků i rozvodů.

2.4 Hlavní ekonomické údaje za region

Celková výkonnost ekonomiky kraje je měřena pomocí souhrnných ukazatelů (hrubá přidaná hodnota, hrubý domácí produkt, tvorba fixního kapitálu, disponibilní důchod domácností). Hrubý domácí produkt v běžných cenách v Kraji Vysočina stejně jako v celé České republice ve sledovaném období rostl. Vývoj ve stálých cenách byl obdobný až do roku 2020, kdy na Vysočině došlo k meziročnímu snížení HDP o 2,6 %, což byl v mezikrajském srovnání druhý nejmenší pokles.

Ekonomická výkonnost kraje zaostává za celorepublikovým průměrem. Regionální podíl kraje na celostátním hrubém domácím produktu se v posledních letech pohybuje těsně pod úrovní 4 %. Mezi kraji České republiky zaujímá Kraj Vysočina v tvorbě HDP na obyvatele 7. místo. **V roce 2021 činil hrubý domácí produkt na 1 obyvatele kraje více než 460 tisíc Kč, tj. kolem 81 % průměru České republiky.**

Ke konci roku 2021 bylo v kraji ve statistickém registru ekonomických subjektů, v němž jsou evidována všechna vydaná identifikační čísla organizací, podchyceno 117,9 tisíc subjektů. V rámci České republiky se tak Vysočina zařadila na předposlední místo v krajské úrovni, což vzhledem k počtu obyvatel svědčí o nižším stupni podnikatelské aktivity.

Průměrná hrubá měsíční mzda v Kraji Vysočina ve 2. čtvrtletí 2023 dosáhla výše 39 382 Kč, v meziročním srovnání činil přírůstek 2 831 Kč (7,7 %). Spotřebitelské ceny se v České republice zvýšily

⁹ Český statistický úřad, 2022

za uvedené období o 11,1 %, reálně tak mzda poklesla o 3,1 %. Průměrný počet zaměstnanců se ve 2. čtvrtletí roku 2023 v Kraji Vysočina snížil o 1,2 tis. osob (0,7 %) na 170 tisíc.

Nezaměstnanost v Kraji Vysočina k 31. 12. 2023 byla výrazně pod republikovým průměrem a **podíl nezaměstnaných osob činil 3,05 %**. V mezikrajském srovnání byl na Vysočině podíl nezaměstnaných čtvrtý nejnižší. Mezi nezaměstnanými mírně převažovaly ženy, kterých bylo evidováno 5 467, a na celkovém počtu osob bez práce se podílely 50,7 %. Občanů se zdravotním postižením úřady Kraje Vysočina registrovaly 1 569, což je 14,6 % z celkového počtu nezaměstnaných. Absolventů škol a mladistvých bylo registrováno 584 a na celkovém počtu nezaměstnaných se tak podíleli 5,4 %.

Příspěvek v nezaměstnanosti poskytovaly ke konci roku 2023 úřady práce v Kraji Vysočina celkem 4 437 uchazečům o zaměstnání, tedy více než dvěma pětina osob vedených v evidenci.

Nabídka volných pracovních míst v Kraji Vysočina dosáhla k 31. 12. 2023 počtu 8 368, což bylo o 497 méně než ke konci předchozího roku. Na jedno volné pracovní místo tak připadalo v průměru 1,3 uchazeče. Pro občany se zdravotním postižením bylo k dispozici 441 volných pracovních míst a pro absolventy a mladistvé 2 622 míst¹⁰. Podrobné informace jsou uvedeny v příloze č. 3.

Další hlavní fakta ekonomického vývoje v Kraji Vysočina¹¹:

- Při tvorbě HDP má na Vysočině rozhodující význam zpracovatelský průmysl.
- Kraj zaostává v tvorbě hrubého fixního kapitálu.
- Dlouhodobý růst příjmů i výdajů místních rozpočtů.
- Slabé postavení vědy a výzkumu na Vysočině. Vědu a výzkum v kraji financuje především podnikatelský sektor. Zásadní význam mají výdaje na aplikovaný vývoj.
- K internetu je připojeno 85 % domácností.
- Pro Vysočinu je charakteristický menší počet registrovaných ekonomických subjektů a nižší podnikatelská aktivita. Nejvíce subjektů se zabývá obchodem a opravami motorových vozidel.

¹⁰Český statistický úřad, 2023

¹¹ Český statistický úřad, 2022

3. CHARAKTERISTIKA SYSTÉMU SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

3.1 Správní struktura a organizace

Současný systém sociálních služeb v České republice vychází z historické podstaty a též z transformace, která byla započata politickými změnami v roce 1989. Změny se výrazně dotkly právě i systému sociální péče a bylo nutno reagovat na nové podmínky měnícího se společenského uspořádání.

Historický vývoj sociálních služeb v ČR

V rámci správní struktury a organizace je nezbytné zmínit historický vývoj, jehož pozůstatky mají i v dnešní době vliv, a to nejen na sociální služby.

Po **druhé světové válce**, podobně jako v dalších zemích střední a východní Evropy, v tehdejší Československu nastoupil **komunistický režim**, pro který byla charakteristická snaha o centralizaci veškerých společenských aktivit a výrazný příklon k paternalismu. Komunistický stát si vytvářel prakticky monopolní postavení v sociální sféře. Církvím a dalším organizacím občanského sektoru komunistický režim neumožnil působení v oblasti sociálních služeb. Zlikvidoval organizace občanského sektoru, případně je znárodnil a zahrnul do vlastních struktur. Stát také přebíral řadu tradičních funkcí rodiny. **Sociální péče se silně institucionalizovala**. Změny probíhaly i v rámci vnímání rodiny a jejích funkcí ve společnosti, kdy význam rodiny v této oblasti také postupně slábl¹².

Po **zhroucení komunistického režimu v roce 1989** se společně s celkovou proměnou společenské situace mění přístup státu k sociální politice. Začaly se reflektovat moderní přístupy, modely a trendy v poskytování sociálních služeb vývoje v okolních zemích. Klíčová byla především **celková transformace sociálního systému**, jejímž cílem bylo umožnit pluralitu v oblastech, kde je monopol státu nežádoucí.

V 90. letech započala reforma celého sociálního systému s důrazem na koncept záchranné sociální sítě. Výrazné společenské změny a jejich dopady vytvořily poptávku po nových typech sociálních služeb, například v oblasti sociální prevence. Došlo k restituci vztahu mezi poskytovatelem sociální služby a jejím uživatelem jako smlouvy mezi dvěma stranami, respektive zakázky či kontraktu vyjednávaného mezi pracovníkem a klientem. Rozšíření spektra sociálních služeb a rozvoj souvisel také s tím, že se začaly v této oblasti poměrně výrazně angažovat organizace občanského sektoru. Transformační procesy naopak brzdila dlouhodobá absence odpovídající legislativní úpravy a přetrvávající následky čtyřicetileté devastace společnosti komunistickým režimem¹³.

¹² Šiklová, 2001

¹³ Vajdová, 2005

Oblast sociálních služeb ovšem na svou novou legislativní úpravu musela čekat až do roku **2006, kdy vešel v platnost zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách**, který přinesl potřebnou řadu nových pravidel a opatření. Ta směřovala především k narovnání vztahů mezi poskytovateli a uživateli sociálních služeb směrem k jejich rovnoprávnosti, dobrovolnosti, důsledně individuálnímu přístupu a úsilí o nevyčleňování uživatelů sociálních služeb z přirozeného prostředí, ze společnosti¹⁴.

Zákon o sociálních službách

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách vymezuje jasný rámec pro pokrok v oblasti sociálních služeb. Změny, které zákon přinesl, lze shrnout do několika bodů¹⁵:

- upravení příspěvku na péči (potřebná osoba si tímto příspěvkem může zajistit a zaplatit nezbytnou službu),
- rozšíření počtu kategorií sociálních služeb a jejich rozdělení,
- zavedení povinnosti uzavření smlouvy mezi klientem a poskytovatelem sociálních služeb,
- zavedení registrace poskytovatelů sociálních služeb (umocnilo to i lepší kontrolu kvality poskytovaných služeb),
- upřesnění požadavků a předpokladů pro výkon povolání sociálního pracovníka.

V souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, mají sociální služby sloužit jako prostředek k poskytování pomoci a podpory jednotlivcům v nepříznivé sociální situaci, k dosažení sociální integrace těchto osob a k zabránění sociálnímu vyloučení. Poskytování sociálních služeb reaguje na potřeby sociálně vyloučených osob nebo osob sociálním vyloučením ohrožených, reaguje rovněž na negativní sociální jevy. Mezi nejohroženější a nejzranitelnější skupiny obyvatel, kterým mají být sociální služby poskytovány, patří lidé ohrožení sociální izolací, což jsou například senioři, lidé bez přístřeší, lidé propuštěni z výkonu trestu, lidé ohrožení diskriminací (a to diskriminací kvůli rase, barvě pleti, věku, pohlaví, náboženství), lidé postižení chudobou, lidé s nízkým vzděláním, dlouhodobě nemocní lidé, zdravotně postižení, děti a mladí lidé z neúplných rodin, venkovské obyvatelstvo.

Na trhu poskytovatelů sociálních služeb v České republice působí subjekty různých právních forem, a to *veřejné, církevní, soukromé a neziskové organizace*. Ve veřejném sektoru působí jednak poskytovatelé sociálních služeb na *státní, krajské i obecní úrovni, neziskové organizace*, ale i *fyzické osoby*. V samotném fungování sociálních služeb se setkáváme s aktéry – *zřizovatel – poskytovatel – klient*.

¹⁴ Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011

¹⁵ Koldinská, Tröster et al., 2018

Dlouhodobě se však hovoří o nutnosti novelizace tohoto zákona, kde by mělo dojít primárně k následujícím změnám:

- legislativní podpora pečujících osob (podpora neformální péče)
- nastavení jednotných standardů pro výpočet dotace a nákladů
- návrh úpravy předpokladů pro výkon činnosti v sociálních službách
- optimalizace a vznik nových sociálních služeb
- stanovení nových pravidel pro správu sítě sociálních služeb
- zakotvení standardu pro materiálně-technické a personální zajištění sociálních služeb
- zavedení valorizačního mechanismu maximálních úhrad za sociální služby a navyšování pro kalendářní rok podle zákonem stanovených podmínek
- změny v systému financování
- zprehlednění a zjednodušení systému sociálních služeb.

Právní normy a dokumenty upravující fungování systému sociálních služeb

Oblast sociální pomoci stejně jako oblast sociálních služeb vymezuje několik zákonů. **Na celorepublikové úrovni** je hlavní právní normou zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, pak také vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se upravují některá ustanovení zákona o sociálních službách. Hlavním posláním těchto zákonů je dostat tomu, aby jedinci byla zajištěna dostatečná životní úroveň, aniž by musel být vyloučen ze společnosti. Aby lidé nemuseli žít ve strachu z toho, že je potká náhlá nepříznivá životní událost a věděli, že i v případě, že je tato událost postihne, jsou zabezpečení zákonem a uspokojení jejich potřeb nebude zanedbáno.

Na úrovni kraje Vysočina je pro poskytovatele sociálních služeb důležitý takzvaný *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Kraje Vysočina*, nyní pro roky 2023-2025, který stanovuje cíle a priority podpory provozu a investičního rozvoje sociálních služeb. Obsahuje výhled na rozsah a financování sociálních služeb a transparentní informace pro všechny aktéry v oblasti sociálních služeb.

Tabulka č.3 – Právní normy a dokumenty upravující fungování systému sociálních služeb v Kraji Vysočina

PRÁVNÍ A STRATEGICKÉ NORMY NA CELONÁRODNÍ ÚROVNI
• Ústava České republiky • Listina základních práv a svobod • Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách • Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se upravují některá ustanovení zákona o sociálních službách • Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025 • Bílá kniha v sociálních službách
DOKUMENTY NA ÚROVNI KRAJE VYSOČINA
• Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Kraje Vysočina na období 2023-2025 • Strategie rozvoje Kraje Vysočina na období 2021-2027

- Krajský plán vyrovnávání příležitostí osob se zdravotním postižením na období 2023-2025
- Strategie protidrogové politiky Kraje Vysočina na období 2021-2025
- Koncepce rodinné a seniorské politiky
- Strategie paliativní péče v Kraji Vysočina
- Strategie integrace sociálně vyloučených lokalit v Kraji Vysočina

3.2 Model řízení a financování

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách **zajišťuje dostupnost poskytování sociálních služeb na svém území kraj, a to v souladu se Střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb**. Kraj, dle tohoto zákona rovněž určuje síť sociálních služeb na svém území, přitom přihlíží k informacím obcí, které s krajem spolupracují při určování sítě sociálních služeb na území kraje. Za tím účelem sděluje obec kraji informace o kapacitě sociálních služeb, které jsou potřebné pro zajištění potřeb osob na území obce a spoluvytváří podmínky pro zajištění potřeb těchto osob.

Počátkem roku 2015 přešly kompetence v rozhodování o výši finanční podpory na zajištění sociálních služeb z úrovně Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (dále jen „MPSV“) na úroveň krajů. MPSV přiděluje krajům dotaci. Výše dotace stanovuje MPSV na základě procentuálního podílu, který je zákonem stanovený, pro každý kraj zvlášť. Tomuto procentuálnímu podílu se říká směrné číslo, které je zakotveno v zákoně o sociálních službách. *Směrné číslo = procentuální vyjádření dotace pro jednotlivé kraje.*

Financování sociálních služeb je založeno na principu **vícezdrojového financování**. Vícezdrojové financování umožňuje poskytovatelům alokovat rizika plynoucí z pravidla z nenárokovosti jednotlivých zdrojů, na druhou stranu se však mohou potýkat s vysokou mírou neurčitosti plynoucí z trvalé finanční nejistoty. Jednotlivé zdroje financování sociálních služeb jsou ovlivňovány druhem poskytované služby, právní formou poskytovatele a dalšími faktory (například ekonomickými, politicko-legislativními, demografickými a sociálními).

Tabulka č.4 – Zdroje financování sociálních služeb

VEŘEJNÉ ZDROJE	SOUKROMÉ ZDROJE
• dotace ze státního rozpočtu (MPSV) • dotace a příspěvky krajů • dotace a příspěvky obcí a měst • dotace z programů Evropské unie • úhrady z veřejného zdravotního pojištění	• příspěvky soukromých zřizovatelů • úhrady od klientů (z příspěvků na péči a z vlastních příjmů) • dary od fyzických a právnických osob • příjmy z doplňkové, mimořádné a podnikatelské činnosti • ostatní úhrady

Obrázek č.4 – Podíl zdrojů na financování sociálních služeb mezi lety 2013-2019



Zdroj: MPSV (2019) – Analýza financování sociálních služeb

V roce 2024 uvolní MPSV **dotaci ze státního rozpočtu** pro financování sociálních služeb ve výši 26,4 miliard Kč. Z toho 24,9 mld. Kč je určeno krajům na financování místních a regionálních sociálních služeb a 1,5 mld. Kč je určeno sociálním službám celostátního nebo nadregionálního významu.

Od ledna roku 2024 byly o 16 % navýšeny **úhrady pro sociální služby ze strany zdravotních pojišťoven**. Tato úprava úhradové vyhlášky znamená navíc asi 0,5 miliardy Kč. Dojde tak k pokrytí většího podílu nákladů pobytových sociálních zařízení z veřejného zdravotního pojištění¹⁶. Přesto veřejné zdravotní pojištění pokrývá pouze minimum lékařsky indikované a skutečně provedené zdravotní péče v zařízeních sociálních služeb. V roce 2019 to bylo pouze 15 % a celkově nebyla uhrazena zdravotní péče v sociálních službách v daném roce ve výši cca 5 mld. Kč. Náklady na zdravotní péči tak hradí sociální služby z jiných příjmů nebo z příspěvků zřizovatele¹⁷.

Poskytovatelé sociálních služeb mohou získat **finance z fondů EU**, a to prostřednictvím několika operačních programů:

- *Operační program Zaměstnanost+*: v roce 2023 bylo na sociální služby čerpáno 1,28 miliardy Kč, v roce 2024 by to mělo být 1,5 miliardy Kč,
- *Národní plán obnovy*: v roce 2024 dosáhne výše podpory z tohoto programu 442,2 mil. Kč,

¹⁶ Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2023

¹⁷ Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2019

- *Integrovaný regionální operační program*: na rozvoj komunitní péče v sociálních službách bude do roku 2027 poskytnuto 3,6 mld. Kč, na sociální byty 1,9 mld. Kč apod.

Významným zdrojem financování sociálních služeb je **příspěvek na péči**. Příspěvek je poskytován osobám starším 1 roku, které vlivem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nezávládnou vykonávat péči o vlastní osobu a dosáhnout soběstačnosti – jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby. Podle počtu životních potřeb, které osoba zvládá sama vykonávat, je příspěvek na péči poskytován ve čtyřech různých stupních závislosti (I. lehká závislost – IV. úplná závislost), odstupňována je i jeho výše¹⁸. Stát se příspěvkem na péči podílí na financování sociálních služeb, nebo jiných forem pomoci. Tuto pomoc může poskytovat registrovaný poskytovatel sociálních služeb (formální péče), osoba blízká (neformální péče) nebo asistent sociální péče. Hlavním problémem příspěvku na péči je skutečnost, že pouze část příspěvku se vrací zpět do systému sociálních služeb. V roce 2019 se z celkových státních výdajů na příspěvek na péči, které představovaly 30 mld. Kč, vrátilo pouze 9 mld. Kč od klientů zpět do systému sociálních služeb. Zbývajících 21 miliard Kč klienti využívali buď k financování neformální péče, či k jiným účelům, než ke kterému byla sociální dávka zavedena¹⁹.

Problémy současného financování sociálních služeb

Současné nastavení a pojetí financování sociálních služeb není optimální a efektivní. Nejsou dostatečně, racionálně a efektivně využívány všechny zdroje. Mezi největší problémy současného nastavení financování sociálních služeb řadíme tyto:

- a. Současný systém má zásadní problém v tom, že **směrné číslo**, podle kterého jsou finanční prostředky přerozdělovány, nereflexuje reálnou potřebu v daném území.
- b. **Způsob a proces zařazování sociálních služeb do krajských sítí není jednotný** a neexistují zde žádné opravné prostředky, ale hlavní problémy mají samotní poskytovatelé a zejména ti, kteří poskytují sociální služby ve více krajích.
- c. **Proces podávání žádosti o dotaci** – kraje podávají souhrnnou žádost o dotaci na MPSV v červenci předcházejícího roku, teprve poté na podzim probíhá dotační řízení pro poskytovatele a je vyhodnoceno až na začátku dotačního období. V praxi dochází k situaci, kdy kraje ve své souhrnné žádosti požádají o částku podstatně vyšší/nížší, než je následně souhrnný požadavek poskytovatelů sociálních služeb v jejich kraji. Celé dotační řízení je navíc ovlivněno skutečností, že ačkoliv kraje si mohou požádat o částku, která je více či méně dobrým odhadem skutečné nákladovosti sociálních služeb na jejich území, v konečném důsledku obdrží od MPSV ČR částku dle směrného čísla.
- d. Samotný proces také způsobuje to, že někteří příjemci dotačních prostředků, reálně získají **finanční prostředky až na konci 1. čtvrtletí daného roku**, a tím se často dostávají do finanční tísně a musí si brát finanční půjčky na překlenutí tohoto období.

¹⁸ Dle Úřadu práce je výše měsíčního příspěvku na péči v roce 2024 pro osoby do 18 let – I. stupeň (3 300 Kč), II. stupeň (6 600 Kč), III. stupeň (13 900 Kč), IV. stupeň (19 200 Kč). Pro osoby starší 18 let – I. stupeň (880 Kč), II. stupeň (4 400 Kč), III. stupeň (12 800 Kč), IV. stupeň (19 200 Kč).

¹⁹ Kubišta, 2020

- a. **Dotace MPSV** – účelově určená dotace ze státního rozpočtu poskytnutá kraji na zajištění dostupnosti sociálních služeb na jeho území. O rozdělení finančních prostředků z dotace poskytovatelům sociálních služeb rozhoduje Kraj Vysočina v rámci schválených zásad.
- b. **Krajské prostředky/prostředky samosprávy** – finanční prostředky z rozpočtu Kraje Vysočina, které kraj vydá na spolufinancování sociálních služeb na svém území a pro občany kraje.
- c. **Obecní prostředky/prostředky samosprávy** – finanční prostředky z obecních rozpočtů, o jejichž přidělení rozhoduje obec. V budoucnu lze očekávat vyšší požadavky na spolupodílení se obecních rozpočtů na financování sítě sociálních služeb, a to zejména u terénní, popř. ambulantní sociální služby.
- d. **Platby z veřejného zdravotního pojištění** – zdroje určené k hrazení zdravotní péče osobám, kterým se poskytují pobytové služby v týdenních stacionářích, domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem.
- e. **Úhrady uživatelů** – významný zdroj hrazený z příspěvku na péči či vlastních příjmů. Výše úhrad uživatelů je limitována vyhláškou č. 505/2006 Sb. V budoucnosti lze očekávat vyšší nároky na růst požadované spoluúčasti uživatelů.
- f. **Prostředky Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky** – finanční prostředky z rozpočtu Rady vlády poskytované přímo poskytovatelům sociálních služeb, kteří pracují s osobami závislými na návykových látkách.
- g. **Strukturální fondy Evropské unie** – finanční prostředky zejména z Evropského sociálního fondu, kterými jsou financovány individuální projekty Kraje Vysočina zaměřené na podporu a rozvoj sociálních služeb na území kraje.

Tabulka č. 5 – Financování krajské sítě sociálních služeb (veřejné zdroje) za rok 2022

Zdroj	Výše financí v Kč	Podíl na veřejných zdrojích
MPSV	1 205 000 000	76 %
Kraj	129 000 000	8 %
Obce	185 000 000	12 %
Prostředky EU	71 000 000	4 %
Celkem	1 590 000 000	100 %

²⁰ Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Kraje Vysočina 2023-2025

Příspěvek na péči – v roce 2020 činil celkový počet vyplacených příspěvků na péči v Kraji Vysočina 211 500 příspěvků, z toho 47 759 příspěvků bylo vyplaceno osobám mladším 18 let. Celkový objem finančních prostředků vynaložených v roce 2020 na příspěvky na péči činil 1 604 221 000 Kč – z toho na osoby mladší 18 let 379, 8 mil. Kč. Nejvyšší počet příspěvků na péči byl vyplacen ve II. stupni závislosti (středně těžká závislost), a to celkem 66 209 příspěvků. Ve IV. stupni závislosti (úplná závislost) bylo vyplaceno 35 598 příspěvků. Nejvyšší objem finančních prostředků byl vynaložen na péči ve III. stupni závislosti (těžká závislost), a to ve výši 675,8 mil. Kč. Ve IV. stupni závislosti (úplná závislost) bylo vynaloženo celkem 590,8 mil. Kč.

3.3 Kompetence a oblasti působení sociálních služeb v regionu

Druhy sociálních služeb

Sociální služby zahrnují, dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách:

- **Sociální poradenství** – dělí se na *základní sociální poradenství*, které poskytuje osobám potřebné informace k řešení nepříznivé sociální situace, dále na *odborné sociální poradenství*, které je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin, například občanské, manželské, rodinné poradny, poradny pro osoby se zdravotním postižením, pro seniory apod.
- **Služby sociální péče** – napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost tak, aby se mohly v co největší možné míře zapojit do běžného života společnosti. Do služeb sociální péče patří *osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče.*
- **Služby sociální prevence** – napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob ohrožených krizovou životní situací, životními návyky nebo způsobem života, který vede ke konfliktu se společností, osob, které žijí v sociálně znevýhodňujícím prostředí nebo jsou ohroženy jejich práva trestnou činností jiné osoby. Do služeb sociální prevence patří *raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizová pomoc, intervenční centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy, sociální rehabilitace.*

Sociální služby mohou být poskytovány formou:

- **Pobytovou** – tím se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb.
- **Ambulantní** – to jsou služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb, součástí této služby není ubytování.
- **Terénní** – toto jsou služby, které jsou poskytovány osobě v jejím přirozeném sociálním prostředí.

Krajské sítě sociálních služeb sestavují kraje dle povinností vyplývajících ze zákona o sociálních službách. Kraje hodnotí potřebnost jednotlivých sociálních služeb ve spolupráci s klienty, obcemi a poskytovateli na svém území. Na základě transparentního a nediskriminačního procesu vybírají konkrétního poskytovatele, který bude sociální službu zajišťovat. MPSV do procesu stanovení potřebnosti a výběru poskytovatelů sociálních služeb nemůže dle současného legislativního stavu nijak zasahovat a jej ovlivňovat. **Plnou odpovědnost tedy mají kraje v samostatné působnosti v čele s hejtnem a zastupitelstvem kraje.**

Zařazení sociální služby do Krajské sítě sociálních služeb Kraje Vysočina je podmínkou vydání a platnosti pověření k poskytování služby a rovněž podmínkou pro financování sociální služby z prostředků MPSV a Kraje Vysočina. Zařazování do Krajské sítě sociálních služeb Kraje Vysočina probíhá na základě vyhlášené výzvy, která je vyhlašována obvykle každý rok. Ve výzvě je stanoven termín podání žádosti, náležitosti žádosti a specifické parametry²¹.

Registrace sociálních služeb

Základní podmínkou pro poskytování sociálních služeb právnickými osobami je zařazení do **registru sociálních služeb** (fyzické osoby poskytující sociální služby v režimu nepodnikatelského způsobu registraci nepodléhají). Tomuto zařazení musí nezbytně předcházet proces registrace sociálních služeb, který se řídí Správním řádem České republiky.

O registraci rozhoduje Krajský úřad dle trvalého nebo hlášeného pobytu/sídla fyzické či právnické osoby, která o registraci žádá. Podmínkou registrace je podání písemné žádosti, bezúhonnost a odborná způsobilost pracovníků sociální služby, zajištění hygienických podmínek pro poskytování sociálních služeb, vlastnické nebo jiné právo žadatele k objektu/prostorům pro poskytování sociálních služeb, zajištění materiálních a technických podmínek umožňujících poskytování sociálních služeb, a konečně podmínka ukládající, aby na majetek žadatele nebyl vyhlášen konkurs. Po splnění daných podmínek je žadateli vystaveno rozhodnutí o registraci a je zařazen do registru poskytovatelů sociálních služeb.

Registr poskytovatelů sociálních služeb je veden v listinné a elektronické podobě. Z něho je vytvořen informační systém o sociálních službách, který je provozován na internetových stránkách MPSV²². Každý občan má možnost si dle zadaných kritérií, jimiž mohou být místo poskytování služby, cílová skupina apod., vyhledat danou sociální službu včetně všech informací a aktuálních kontaktů.

²¹ Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Kraje Vysočina 2023-2025

²² Registr poskytovatelů sociálních služeb je provozován na internetových stránkách MPSV – <https://www.mpsv.cz/registr-poskytovatelu-sluzeb>.

Zákon o sociálních službách stanovil poskytovatelům povinnost zajistit kvalitu služeb uživatelům. Byly zavedeny Standardy kvality sociálních služeb (dle vyhlášky MPSV ČR č. 505/2006 Sb.). Kritéria kvality jsou klíčová pro posouzení, zda při poskytování služby dochází k naplnění znaků kvality. Oddělení koncepce sociálních služeb MPSV spolupracuje se všemi kraji v oblasti registrace poskytovatelů sociálních služeb a kontrol plnění registračních podmínek. Plní tak roli nadřízeného správního orgánu krajských úřadů. Dále zajišťuje metodické vedení Úřadu práce ČR pro provádění inspekce sociálních služeb a kontroluje u krajských poboček Úřadu práce ČR výkon agendy. Spolupracuje při plánování sítě sociálních služeb v krajích a obcích, opírá se o zjištěné potřeby obyvatel.

V kraji Vysočina jsou všechny sociální služby po svém zařazení do Krajské sítě sociálních služeb zařazeny do kategorie A. Od roku 2017 je vyčleněna rovněž kategorie B, do které jsou přearazovány sociální služby vykazující významnější problémy či nedostatky. Po dvou letech setrvání v kategorii B může být služba z Krajské sítě sociálních služeb Kraje Vysočina úplně vyřazena, pokud nesplní kvalifikační parametry pro setrvání v kategorii A²³.

Sociální služby v Kraji Vysočina a predikce vývoje kapacit do roku 2050

Dle Registru poskytovatelů služeb Ministerstva práce a sociálních věcí ČR k 31. 12. 2021 v Kraji Vysočina působilo celkem 292 registrovaných sociálních služeb. Téměř dvě třetiny služeb tvoří služby sociální péče (63 %), více než čtvrtinu služby sociální prevence (29 %) a necelou desetinu služby sociálního poradenství (8 %). Nejvíce sociálních služeb (108) je poskytováno ambulantní formou, 99 sociálních služeb poskytovou formou a 85 sociálních služeb terénní formou.

Zatímco pobytové služby sociální péče jsou v rámci Kraje Vysočina rozvrstveny relativně rovnoměrně, tak služby sociální péče poskytované terénní formou jsou ve vyšší míře centralizovány především v rámci území katastrů obcí III. typu (obce s rozšířenou působností) a statutárního města Jihlava. U řady obcí nižšího typu nebyla v rámci Analýzy sítě sociálních služeb zjištěna působnost některé ze služeb sociální péče poskytované terénní formou – jedná se o tzv. bílá místa. Dosah a pokrytí služeb sociální péče (pečovatelská služba, osobní asistence apod.), tedy terénních forem služeb, je důležitý např. při hodnocení příslušné služby, její nákladovosti a významu pro příslušné území²⁴.

V níže uvedené tabulce jsou uvedeny počty vybraných sociálních služeb a jejich kapacit v roce 2021 v České republice celkem a v Kraji Vysočina. Vývoj lůžkové kapacity pobytových sociálních služeb v Kraji Vysočina, průměrný počet klientů v ambulantních a terénních sociálních službách v letech 2016-2020 je uveden v příloze č. 4.

²³ Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Kraje Vysočina 2023-2025

²⁴ Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Kraje Vysočina 2023-2025

Tabulka č. 6 – Počet vybraných sociálních služeb a jejich kapacita v roce 2021 v ČR a Kraji Vysočina

DRUH SOCIÁLNÍ SLUŽBY	Počet sociálních služeb		Kapacita služby / počet lůžek	
	ČR	Kraj Vysočina	ČR	Kraj Vysočina*
Centra denních služeb	71	6	0	0
Denní stacionáře	263	23	0	0
Týdenní stacionáře	46	2	766	40
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	207	8	11 682	503
Domovy pro seniory	526	25	35 842	2024
Domovy se zvláštním režimem	376	23	23 062	1077
Chráněné bydlení	227	12	4 535	239
Azylové domy	213	8	7 204	244
Domy na půl cesty	26	1	266	8
Zařízení pro krizovou intervenci	43	1	43	0
Nízkoprahová denní centra	70	0	0	0
Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	238	15	0	0
Noclehárny	79	1	0	12
Terapeutické komunity	15	1	264	16
Sociální poradny	511	18	0	0
Sociálně terapeutické dílny	158	8	0	0
Sociální rehabilitace	299	21	321	10
Pracoviště rané péče	46	6	0	0
Intervenční centra	17	1	0	0
Služby následné péče	47	2	329	20

Pozn.: Ve sloupci „Kapacita služby / počet lůžek“ jsou uvedeny služby, které jsou zařazeny v Krajské síti sociálních služeb Kraje Vysočina. Lůžková kapacita je uváděna pouze v případě pobytové formy poskytování služby. Pokud není služba poskytována pobytovou formou, je v tabulce uvedena nula.

Na základě **demografické projekce** Českého statistického úřadu bude v roce 2050 žít na Vysočině pouze 466 997 obyvatel – z toho celkem 66 205 osob ve věku 0–14 let, celkem 252 858 osob v produktivním věku a celkem 147 934 osob ve věku nad 65 let. Na základě navýšení počtu seniorů do roku 2050 o 39,9 % je doporučeno i nadále průběžně navýšovat kapacity v domovech pro seniory orientačně na 2 644 lůžek a v domovech se zvláštním režimem orientačně na 1 370 lůžek.

Stoupající trend by se měl v budoucnosti promítnout i do postupného navýšování kapacit pro sociální služby domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněná bydlení, týdenní stacionáře i odlehčovací služby.

Navyšování kapacit pobytových služeb sociální péče s sebou však nese nezanedbatelné finanční náklady. Při této úvaze je nutné kapacity optimalizovat na základě obecných trendů a souběžného zvyšování dostupnosti terénních a ambulantních služeb, včetně tzv. sdílené péče, kdy dochází k navyšování role neformálních pečovatelských (a tudíž i potřebnosti určitých druhů sociálních služeb pro tyto osoby). V pobytových zařízeních by měly být v budoucnu umísťovány pouze osoby, které na

základě verifikace jejich nepříznivé sociální situace formou sociálního šetření odpovídají danému druhu sociální služby²⁵.

3.4 Vztah k ostatním systémům sociální ochrany

Systém sociálního zabezpečení je v ČR postaven na třech pilířích, kterými jsou sociální pojištění, státní sociální podpora a sociální pomoc (viz. níže uvedená tabulka). Pojetí sociálních služeb je v České republice vymezeno poměrně úzce, a to jako samostatná oblast v systému sociálního zabezpečení. V evropských zemích je termín sociálních služeb vnímán mnohem širěji a často splývá s pojmem sociální péče, která zahrnuje také zdravotnictví, sociální ochranu jednotlivců a rodin, bydlení a zaměstnanost²⁶.

Tabulka č. 7 – Pilíře systému sociálního zabezpečení v ČR²⁷

SOCIÁLNÍ POJIŠTĚNÍ
Tento systém řeší sociální situace, na které je možné se dopředu připravit pojištěním. Pojistné povinně platí zaměstnavatelé, zaměstnanci, osoby samostatně výdělečně činné a jiné osoby. Sociální pojištění obsahuje: • důchodové pojištění – starobní a invalidní důchody, vdovský a vdovecký důchod a sirotčí důchod, • nemocenské pojištění – nemocenské, peněžitá pomoc v mateřství, otcovská, ošetřovné aj. • státní politika zaměstnanosti – financování aktivní politiky zaměstnanosti • zdravotního pojištění – pojistné vybírají zdravotní pojišťovny, prostředky slouží k hrazení zdravotních služeb.
STÁTNÍ SOCIÁLNÍ PODPORA
Tento systém řeší sociální situace, kterými jsou narození a výchova dítěte a další situace, kdy je vhodné podpořit konkrétní rodinu. Tyto dávky jsou nepojistné. Náklady hradí stát ze státního rozpočtu. Systém obsahuje: • dávky závislé na příjmu rodiny – přídavek na dítě, příspěvek na bydlení, porodné • dávky nezávislé na příjmu rodiny – rodičovský příspěvek, pohřebné.
SOCIÁLNÍ POMOC
Tento systém řeší situace sociální, nebo hmotné nouze a situace, kdy jsou ohrožena práva občana. Sociální nouze je taková situace, kdy se člověk vlivem bezmocnosti nedokáže o sebe postarat. Hmotná nouze je stav, kdy se člověk nachází pod úrovní životního minima a nedokáže si sám pomoci. Výdaje na státní sociální podporu hradí stát ze státního rozpočtu. Systém je členěn na:

²⁵ Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Kraje Vysočina 2023-2025

²⁶ Hrubíšková, 2011

²⁷ Kubišta, 2020

- **pomoc v hmotné nouzi** – příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení a mimořádná okamžitou pomoc,
- **sociální služby** – zákon o sociálních službách upravuje poskytování sociálních služeb a příspěvek na péči,
- **dávky osobám se zdravotním postižením** – příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcku.

Co se týče vztahu sociálních služeb k ostatním systémům sociální ochrany v České republice, setkáváme se v praxi s několika problémy. Zejména jde o **nevyřešenou situaci v oblasti návaznosti zdravotní a sociální péče**. Péče zdravotní i sociální je v ČR rozdělena mezi dva rezorty, Ministerstvo práce a sociálních věcí a Ministerstvo zdravotnictví. Ve skutečnosti jsou však oba typy péče v těsné návaznosti z důvodu jejich společného cíle, za který je považována snaha o zvyšování kvality života klientů a zachovávání jejich důstojnosti v co největší možné míře. Oba rezorty jsou rozdílně financovány a jejich instituce řeší odlišně potřeby svých klientů. V praxi dochází k tomu, že jsou tito jedinci buď uživateli sociálních služeb, v nichž nejsou dostatečně naplňovány jejich zdravotní potřeby, anebo jsou tito jedinci léčeni ve zdravotnickém zařízení, ve kterých strádají po stránce sociální²⁸.

Problematika péče spadající pod oba zmíněné rezorty je v posledních letech řešena a přinesla plány s cílem spojení těchto forem péče pod jednu integrovanou zdravotní a sociální péči, která by byla poskytována **multidisciplinární týmy kvalifikovaných odborníků**. Multidisciplinární tým by měl být plně orientován na klienta. Může být realizován prostřednictvím různých podob, které mohou být v rámci jednoho pracoviště sestaveny z více odborníků jedné profese či ze specialistů více profesí. Též může být složen na bázi spolupracujících sítí jedné či více druhů služeb²⁹. Praktickým příkladem je Sociálně zdravotní pomezí v Kraji Vysočina (více o této spolupráci – viz Příklad z praxe kapitola 5).

Nejnovější tendence řešící situaci návaznosti zdravotní a sociální péče však směřují ke změně zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který by přinesl změnu některých typů zařízení sociálních služeb, což by v budoucnu mohlo vést ke komplexnějšímu zajištění péče zdravotní i sociální.

Dalším závažným problémem je **nedostatek pobytových zařízení** pro osoby se zdravotním postižením, osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku či zdravotního stavu, osoby trpící stařeckou demencí, seniory i mentálně postižené jedince. Neustále se snižuje možnost jejich umísťování v pobytových zařízeních, většinou jsou plně obsazeny a čekací doby do těchto zařízení mohou být i v řádech několika let. Těmto lidem je tak zpravidla zdravotní i sociální péče zajišťována v domácím prostředí, a to prostřednictvím terénních služeb (formální péče) nebo prostřednictvím neformální péče.

Formální péče zahrnuje státem nebo jinými institucemi kontrolované služby, které jsou poskytované pouze vyškolenými, kvalifikovanými profesionály, a to v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Naproti tomu **neformální péče** není legislativně ukotvena a je poskytována osobou blízkou, kterou může být například rodinný příslušník, známý apod. Jde o osoby, které nejsou

²⁸ Kovaříková, 2017

²⁹ Jankovský a kol., 2015.

profesionálně vyškoleny v oblasti sociálních služeb. Tato forma péče je však mimořádně důležitou součástí systému dlouhodobé péče. Podle kvalifikovaných odhadů je 70–90 % veškeré sociální a zdravotní dlouhodobé péče poskytováno rodinnými příslušníky nebo jinými pečujícími. I když je role neformálních pečujících velmi významná, český sociální i zdravotní systém ji příliš neoceňuje. Pečující osoby obtížně kombinují péči a zaměstnání, často svá zaměstnání opouštějí a jsou odkázáni na odměnu, kterou jim poskytne osoba závislá z příspěvku na péči. Dochází tak k propadu jejich celkových příjmů a pečující osoby tak čelí zvýšenému riziku chudoby v produktivním i postproduktivním věku. Aby došlo k reálné změně postavení neformálních pečujících, bude nutné legislativně změnit současné parametry sociálního zabezpečení, zejména v oblasti dávek či jiné finanční podpory, ale i v oblasti pracovního práva, doprovodných a vzdělávacích služeb. Současně bude třeba vytvořit nové nástroje, které pomohou osobám pečovat, např. může jít o specifické poradenství, bezplatné vzdělávání, odlehčovací služby, popř. další formy pomoci³⁰.

³⁰ Revue pro sociální politiku a výzkum, 2017

4. ANALÝZA SOUČASNÉ SITUACE

4.1 Analýza provádění změny modelu péče směrem k přístupům péče zaměřeným na člověka

Kraj Vysočina, nejen v kontextu sociální práce, podporuje sociální změnu, řešení problémů v mezilidských vztazích, posílení lidí za účelem naplnění jejich osobního blaha. I zde se sociální práce ve svých různých formách zaměřuje na rozmanité, komplexní vztahy mezi lidmi a jejich prostředím. Úkolem je umožnit všem lidem plně rozvinout své možnosti, obohatit své životy a předcházet selhání. Povaha sociální práce se mění a odpovídá společenské úrovni, zároveň se společenskými změnami se mění její podoba a postavení zúčastněných aktérů.

Základem přístupu zaměřeného na člověka je lidská důstojnost, která je základem všech lidských práv a znamená, že ostatní uznávají a respektují vnitřní hodnotu každého člověka. Na změny bychom měli nahlížet jako na výzvy, které posunou sociální práci blíže k člověku.

Přestože Kraj Vysočina nemá schválen jasný koncepční rámec pro zavádění nových modelů péče zaměřených na člověka do sociálních služeb, učinil již řadu kroků, které tímto směrem vedou. Jsou jimi zejména rozsáhlé projekty, z nichž některé byly již ukončeny, další stále probíhají. Těmi nejzásadnějšími jsou *Transformace sociálních služeb pro lidi s postižením v Kraji Vysočina* a *Sociálně zdravotní pomezí*, za kterou byl kraj v roce 2022 oceněn cenou za inovativní projekty. Více o jednotlivých projektech a jejich cílech je uvedeno v kapitole 5.

V rámci své strategické vize chce kraj rozvoj sociálních služeb postavit na principu spolupráce a partnerství mezi uživateli, poskytovateli, obcemi a krajem. Rovněž v rámci strategického dokumentu – Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Kraje Vysočina na období 2023-2025, si kraj stanovil řadu cílů, kterých chce v daném období dosáhnout a jsou v souladu s novými modely péče zaměřené na člověka či komunitu. Na přípravě střednědobého plánu se podílí nejen kraj, ale i samotní poskytovatelé sociálních služeb a obce, resp. jejich pracovní skupiny. Lze říci, že jsou všichni zainteresovaní aktéři novým modelům péče nakloněni a ztotožňují se s nimi.

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Kraje Vysočina na období 2023-2025

V rámci své strategické vize chce být *Kraj Vysočina regionem, který kromě přírodního a kulturního bohatství nabízí svým obyvatelům funkční systém sociálních služeb, tedy systém, který bude efektivním a hospodárným způsobem zajišťovat místní a časovou dostupnost a uspokojovat oprávněné potřeby uživatelů. Rozvoj sociálních služeb bude postaven na principu spolupráce a partnerství mezi uživateli, poskytovateli, obcemi a krajem.*

Ve *Střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb* si Kraj Vysočina stanovil řadu cílů, kterých chce v daném období dosáhnout. Z celé škály cílů a vizí jsou níže uvedeny ty, které jsou v souladu s novými modely péče zaměřených na člověka či komunitu:

- v rámci **sociální integrace** v kraji bude kladen důraz na posilování sociálních služeb zaměřených na začleňování vyloučených skupin a bude podporován proces transformace a humanizace pobytových sociálních služeb,
- v rámci **sociálně zdravotního pomezí** jsou podporována systémová řešení na základě mapování a rozvoje systému pro sledování přesné poptávky po sociálních a zdravotních službách s akcentem na místní příslušnost žadatelů,
- v rámci **rozvoje lidských zdrojů** je cílem podpora vzdělávání zaměstnanců v sociálních službách, podpora zvyšování schopnosti zaměstnanců uspokojovat specifické potřeby uživatelů, podpora vzdělávání managementu, podpora v oblasti neformální péče a podpora dobrovolnictví jako součást sociálních služeb,
- v rámci **oblasti informovanosti** bude kladen důraz na koordinaci umísťování klientů do pobytových sociálních služeb v rámci kraje a posilování spolupráce se sociálními pracovníky na obcích,
- v rámci **zvýšení dostupnosti terénních služeb** je cílem zjištění potřeb a určení nedostatečného zabezpečení terénními službami, vyjednávání zdrojů na optimalizaci sítě s místní samosprávou, propojení s dobrovolnictvím a využití možností v místní komunitě.

Na tvorbě Střednědobého plánu se podílelo 9 *pracovních skupin poskytovatelů sociálních služeb*. Tito poskytovatelé si v rámci své pracovní skupiny a oblasti sociálních služeb stanovili následující cíle s ohledem na modely péče zaměřených na člověka a komunitu:

- **pracovní skupina poskytovatelů služeb pro osoby s duševním onemocněním** si stanovila za cíl podporu zapojení lidí se zkušeností s duševním onemocněním nebo jejich blízkých do plánování sítě služeb včetně jejich zapojení do poskytování u jednotlivých poskytovatelů,
- **pracovní skupina poskytovatelů služeb pro seniory** chce docílit optimalizace sítě pečovatelské služby, rozšíření služby po celém území kraje, optimalizace sítě služeb osobní asistence, center denních služeb, denních stacionářů a odlehčovacích služeb. Dále pak dostavbu a rekonstrukci pobytových zařízení pro seniory,
- **pracovní skupina poskytovatelů služeb pro osoby s mentálním nebo kombinovaným postižením a osobami s poruchou autistického spektra** (dále jen osoby s PAS) bude usilovat o podporu transformace a humanizace pobytových sociálních služeb včetně vytvoření vhodných forem služeb pro bydlení a denní činnosti, dále o navýšení personálních kapacit komunitních služeb v lokalitách, kde budou vznikat transformované domácnosti, o podporu samostatného bydlení, pracovního uplatnění klientů a vytvoření multidisciplinárního týmu pro řešení problematiky osob s postižením,
- **pracovní skupině poskytovatelů služeb pro osoby s tělesným a jiným postižením** jde o posílení a rozvoj komunitní péče, optimalizaci sítě osobní asistence zejména ve venkovských oblastech, o podporu života postižených v jejich přirozeném prostředí za pomoci zlepšení dopravní obslužnosti,
- **pracovní skupina poskytovatelů služeb pro rodiny s dětmi a mládež** si klade za cíl analýzu potřeb uživatelů a místní komunity, dále chce podle potřeb komunity rozšířit terénní formu poskytování této služby a připravit rozvoj sítě služeb s ohledem na proces transformace systému péče o dítě.

Ze strany *obcí* v Kraji Vysočina, které se rovněž podílely na tvorbě Střednědobého plánu vzešly tyto podněty vztahující se k novým modelům péče:

- **rozvoj terénních sociálních služeb** (pečovatelská služba, osobní asistence, odlehčovací služby) a rozšíření provozní doby pečovatelské služby do večerních hodin, a to s ohledem na podporu neformálních pečujících, tj. rodinných příslušníků, známých apod.,
- **rozvoj ambulantních sociálních služeb**, které podporují setrvání klienta v domácím prostředí (např. denní stacionáře, centra denních služeb),
- **rozvoj služeb na sociálně zdravotním pomezí** (např. paliativní služby),
- **rozvoj sociálních služeb pro osoby s PAS** (např. sociálně aktivizační služba, poradenské služby, pobytové odlehčovací služby apod.),
- **podpora dostupného bydlení a navazujících sociálních služeb** pro osoby ohrožené sociálním vyloučením, sociálně vyloučené a nízkopříjmové (krizové, tréninkové a samostatné bydlení),
- **podpora neformálních pečujících** a aktivit na jejich podporu.

V souladu s *Národním akčním plánem pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění 2020-2030*, který vypracovalo Ministerstvo zdravotnictví spolu s MPSV, bude kraj usilovat o paralelní a kontinuální zajištění doprovázení nemocných a jejich pečujících rodin formou odborného sociálního poradenství s využitím multidisciplinárních týmů, podpůrných terénních služeb a dostatečné sítě ambulantních a pobytových sociálních služeb včetně respitní a domácí hospicové péče. Důraz bude kladen na návaznost na služby sociální péče i na roli neformálního pečujícího, tj. princip sdílené péče.

4.2 Klíčové kompetence pro nový model péče

Model péče zaměřený na člověka se skládá ze služeb, které splňují přání a preference klienta, jeho rodiny či osoby blízké. Podporující rodina, blízcí či úzké okolí bychom měli vnímat jako důležité aktéry, a tedy i partnery v péči. Péče zaměřená na člověka vychází z dialogu mezi klientem, jeho zástupcem a zúčastněnými odborníky.

Mezi klíčové kompetence a podmínky pro zavádění nového modelu péče zaměřeného na člověka můžeme zařadit zejména osobnostní charakteristiky pracovníků, spolupráci v rámci multidisciplinárního týmu, zdroje (čas, prostředky a vzdělávání), také kulturu dané organizace a v neposlední řadě spolupráci s rodinou klienta.

Mezi **osobnostní charakteristiky pracovníků**, které jsou provázány s péčí zaměřenou na člověka, můžeme zařadit zejména:

- ochotu ponořit se do „životního příběhu“ klienta,
- týmová spolupráce, schopnost pracovat mezioborově a respektovat názory, rady a doporučení od kolegů, odborníků, rodin, blízkých a přátel klientů,
- komunikativnost, otevřenost, respekt, důvěryhodnost,
- porozumění potřebám a preferencím klientů,
- schopnost vcítit se do druhé osoby apod.

Jen několik málo pracovníků má výše uvedené vlastnosti přirozeně osvojené, většina pracovníků se jim musí naučit a je v zájmu organizace, aby vzdělávání pracovníků v těchto oblastech umožnila.

Přestože je za poskytování kvalitní péče odpovědný každý jednotlivý pracovník, je tento pracovník do značné míry závislý na **multidisciplinárním týmu**, ve kterém působí. Úkolem týmu je zajištění

individuálních potřeb klienta. Součástí týmu nejsou jen pracovníci v přímé péči, všeobecné sestry, rehabilitační pracovníci, jeho součástí by měla být i rodina klienta. Základními předpoklady úspěšného řešení multidisciplinárního týmu je efektivní komunikace, podávání zpětné vazby, osobnostní nastavení jednotlivých pracovníků a jejich ochota spolupracovat, vzájemný respekt a důvěra. Všechny tyto procesy napomáhají k poskytování péče s ohledem na člověka³¹.

Aby pracovníci přímé péče mohli poskytovat péči zaměřenou na člověka, musí mít k dispozici i zdroje, mezi které se řadí **čas, technické vybavení a vzdělávání**. V oblasti *vzdělávání* jde zejména o získání specifických informací a nácviku praktických dovedností, přičemž se nejedná jen o nácvik pečovatelských a ošetrovatelských činností, ale i psychosociálních aspektů péče – jak poznávat člověka, jak k němu přistupovat, jak zacházet s jeho individuálními potřebami, jak zapojovat rodinu klienta apod. *Technickým vybavením* se rozumí vhodné prostory a vhodné pomůcky. Vhodné prostory umožňují pohodlnou manipulaci s klientem. Avšak ne vždy je jednoduché najít vhodné řešení, tak aby vybavení splňovalo všechny technické, hygienické a jiné parametry a zároveň se v něm klient cítil „jako doma“. Vhodnými pomůckami se rozumí takové, které jsou dostupné na daném místě a v dostatečném množství. *Čas* souvisí zejména s dostatečným počtem pracovníků na pracovišti, tak aby nebyli neustále ve spěchu, aby byla byrokratická zátěž snížena na minimum a pracovníci měli dostatek času na péči o klienta³¹.

Poslední z podmínek pro poskytování péče zaměřené na člověka je **kultura organizace**. Organizace by měla mít jasnou vizi v podpoře dané cílové skupiny a tato vize by měla prostupovat celou organizací, napříč všemi odděleními a pracovníky. Úlohou managementu organizace je zajistit definování jasné vize a ukázat, jak ji naplnit. Platí, že čím lépe budou pracovníci podstatě vize rozumět, tím lépe budou schopni definovat konkrétní kroky k jejímu naplnění³¹. Organizace by měla zajišťovat podpůrné a profesionální vedení, důvěru, stimulující týmovou kulturu a příjemné pracovní prostředí. Rovněž by měla podporovat a usnadňovat metodickou práci a mezioborovou spolupráci. Měla by se snažit vytvářet stabilní tým a zabráňovat vysoké fluktuaci zaměstnanců.

V životě klientů/uživatelů sociálních služeb, stejně jako u každého člověka, mají velký význam jeho blízcí: rodiče, další příbuzní, zákonný zástupce, přátelé a známí. Jsou důležitým partnerem pro sociální práci a zdrojem znalostí o životě a historii klienta. To pomáhá pochopit, odkud pochází určité chování, signály a projevy a jaké mohou být důsledky konkrétního přístupu. Je důležité **spolupracovat s rodiči a ostatními příbuznými** a uzavírat mezi sebou jasné dohody a pravidla. Je třeba vzít v úvahu jejich potřebu pomoci a podpory. Přístup zaměřený na člověka se tak stává cestou, která přináší nové poznatky, objevy a přání. Cestou, kde na začátku nemůžeme plnohodnotně nastavit jasné individuální potřeby a přání, jelikož ty se mohou v průběhu času měnit.

S ohledem na výše uvedené bude úkolem Kraje Vysočina nastavit zejména jasné vize a cíle sociálních služeb na svém území s ohledem na péči zaměřenou na člověka, potažmo rodinu a komunitu. Dalším neméně důležitým úkolem bude motivovat poskytovatele sociálních služeb, aby sdíleli tyto hodnoty a vize stejně jako kraj. Kraj by se měl dále zasadit o to, aby byly organizace dostatečně vybaveny jak personálně, tak technicky a mohly poskytovat péči v souladu se metodami zaměřenými na člověka,

³¹ Hrdá, 2016

rodinu či komunitu, finančně podporovat organizace tak, aby byly schopny zajistit dostatečné prostory, vybavení a pomůcky. Stejně tak prostřednictvím jednotlivých organizací motivovat zaměstnance k získávání dalšího vzdělávání.

4.3 SWOT analýza

Metodika a použité zdroje

SWOT analýza Kraje Vysočina byla provedena v rámci tvorby *Strategie rozvoje Kraje Vysočina na roky 2021-2027* a aktualizace *Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb Kraje Vysočina na období 2023-2025*. Oba dokumenty stanovují cíle a priority podpory provozu a investičního rozvoje sociálních služeb v Kraji Vysočina. Střednědobý plán rozvoje obsahuje výhled na rozsah a financování sociálních služeb a transparentní informace pro všechny aktéry v oblasti sociálních služeb v kraji.

Práce na tvorbě *Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb* sestává z:

- pracovní skupiny zástupců obcí s rozšířenou působností (dále jen „ORP“),
- pracovní skupiny poskytovatelů sociálních služeb,
- výstupy z kulatých stolů k tématům plánování a rozvoje sociálních služeb (zástupci ORP a obcí, poskytovatelů sociálních služeb, uživatelů sociálních služeb, pečujících),
- výstupy realizovaných projektů.

Na tvorbě *Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb* se podílelo devět pracovních skupin poskytovatelů sociálních služeb, a to:

- Poskytovatelé služeb pro osoby s duševním onemocněním,
- Poskytovatelé služeb pro seniory,
- Poskytovatelé služeb pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením a osoby s poruchami autistického spektra,
- Poskytovatelé služeb pro osoby s tělesným a jiným zdravotním postižením,
- Poskytovatelé služeb pro osoby se smyslovým postižením,
- Poskytovatelé služeb zaměřených na cílovou skupinu rodiny s dětmi a mládež,
- Poskytovatelé služeb v oblasti závislostí,
- Poskytovatelé služeb pro národnostní a etnické menšiny, osoby bez přístřeší a oběti trestné činnosti,
- Poskytovatelé služeb hospicového typu.

Jednotlivé pracovní skupiny byly složeny z poskytovatelů sociálních služeb Kraje Vysočina zřizovaných krajem a obcemi, a dále nestátními neziskovými organizacemi.

Střednědobý plán rozvoje obsahuje rovněž výstupy z kulatých stolů k tématům plánování a rozvoje sociálních služeb, kterých se účastnili jak zástupci obcí s rozšířenou působností, tak zástupci poskytovatelů sociálních služeb, uživatelů sociálních služeb a pečujících. Dále jsou v něm zahrnuty

výstupy z již realizovaných projektů. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Kraje Vysočina na období 2023-2025 byl schválen na jednání Zastupitelstva Kraje Vysočina dne 13. 6. 2023

SWOT analýza Kraje Vysočina (tabulka č. 9) vycházející z výše uvedených dokumentů je zaměřena na identifikování silných a slabých stránek, příležitostí a ohrožení systému sociálních služeb v Kraji Vysočina. Tato analýza byla doplněna o podněty spojené s nabízenou péčí v kraji Vysočina (tabulka č. 10) a dále o obecnou SWOT analýzu sociálních služeb ČR (tabulka č. 8).

Tabulka č. 8 – SWOT analýza: obecný vhled do sociálních služeb ČR

SILNÉ STRÁNKY	SLABÉ STRÁNKY
• zaměření na klienta a jeho potřeby • nastavování a následné zlepšování efektivity procesů • otevřenost a transparentnost • vzdělávání pracovníků a jejich rozvoj • adekvátní materiálně-technické prostředí • sdílení zkušeností a otevřená komunikace nejen v institucích, ale i ve vztahu s orgány státní správy a samosprávy • podpora společenské odpovědnosti v segmentu sociálních služeb • podpora komunitního života • edukace nových odborníků • rozvoj sociálních služeb s ohledem na specifika a možnosti klientů	• problematika fluktuace pracovníků v sociálních službách, zejména ve městech • nízké nároky a vstupní požadavky na pracovníky v sociálních službách • územní/lokální nerovnosti v poskytování a řízení sociálních služeb • finanční nestabilita některých poskytovatelů sociálních služeb • finanční závislost na zřizovateli sociální služby • nedostatečná edukace a manažerské schopnosti pracovníků v řídicích pozicích • nereflexování změn, trendů či vývoje sociálních služeb • netransparentnost systému poskytování sociálních služeb ze strany ministerstva či kraje • nespolupráce v rámci mezirezortní spolupráce při naplňování podstaty sociální práce či poskytování sociálních služeb • narůstající administrace na všech pozicích v sociálních službách
PŘÍLEŽITOSTI	HROZBY
• možnost podílet se na legislativních změnách a dalších opatřeních podporující rozvoj a změny v sociálních službách • využití evropských finančních prostředků, které jsou určeny nejen na rozvoj sociálních služeb • zvyšování kvality sociálních služeb v rámci poskytování konkrétních služeb • podpora zdravotně-sociálního pomezí • sdílení zkušeností (příklady dobré a špatné praxe) • podpora poradenského systému s optikou na sociální služby • rozšiřovat portfolio klientů sociálních služeb s ohledem na společenské změny • budovat povědomí u laické veřejnosti o důležitosti a prestiži profesí v sociální práci	• neaktivita v rámci novelizace stěžejní legislativy v oblasti sociálních služeb • nestabilita veřejných finančních zdrojů • nejasnost politické strategie v oblasti nejen financování sociálních služeb • povinné zavedení personálních standardů • povinné zavedení materiálně-technického vybavení pro poskytování sociálních služeb • nedostatek pracovníků nejen v přímé péči • ekonomická situace v ČR (inlace, ceny energií, růst nákladů, úrokové sazby, nižší kupní síla domácností) • snižování kvality života obyvatelstva • byrokratická náročnost v segmentu sociálních služeb • územní rozmanitost • krajová nejednotnost sociálních služeb v ČR • negativní povědomí laické veřejnosti o sociálních službách/pracovnících v sociálních službách • nereflexování změn a vývoje sociálních služeb, nereflexování nových myšlenek

Tabulka č. 9 – SWOT analýza: sociální služby v Kraji Vysočina³²

SILNÉ STRÁNKY	SLABÉ STRÁNKY
• Participace krajského, obecního a nestátního neziskového sektoru v systému sociální péče, služeb a rodinné politiky • Nízká míra sociálního vyloučení a rizikových skupin obyvatelstva • Systémový přístup kraje k prevenci rizikového chování dětí • Relativně bezkonfliktní soužití většinové společnosti a romského etnika • Probíhající proces transformace a humanizace sociálních služeb • Dostupná síť mobilní specializované paliativní péče s lůžkovou podporou • Aktivní přístup kraje v oblasti rodinné a seniorské politiky (rodinné a senior pasy, Family a Senior Pointy apod.) • Existence krajského informačního systému o poskytovatelích sociálních služeb	• Místní a časová nedostupnost některých druhů sociálních služeb • Nedostatečné zapojení některých obcí v rámci systému financování sociálních služeb • Nedostatečná provázanost nabízených druhů sociálních služeb s dalšími sociálními a zdravotnickými službami a s činností sociálních pracovníků obcí • Neexistence uceleného systému informování občanů o možnostech řešení jejich nepříznivé situace • Poskytování sociálních služeb v nevyhovujících objektech a s nedostatečným materiálně-technickým vybavením • Nerovnoměrná dostupnost sekundární a terciární protidrogové péče • Rezervy v procesním řízení efektivit hospodaření na úseku sociálních služeb (např. centrální nákupy) • Velká administrativní zátěž
PŘÍLEŽITOSTI	HROZBY
• Rozvoj dobrovolnictví a jeho potenciálu v sociálních službách • Zlepšování zapojení rizikových skupin obyvatelstva do běžného života společnosti • Větší zapojení komerčního sektoru v oblasti sociálních služeb • Transformace psychiatrické péče (např. centra duševního zdraví, multidisciplinární týmy) • Řešení prostupného a sociálního bydlení • Rozvoj sociálního podnikání	• Nestabilita financování sociálních oblastí ze státního rozpočtu, ztráta finančních zdrojů • Snížená dostupnost a zvýšená nákladovost poskytování sociálních služeb v důsledku rozdrobené sídelní struktury Kraje Vysočina • Nepřipravenost sítě sociálních služeb na některé jevy ve společnosti (stárnutí, rozvodovost, uživatelé návykových látek, zadluženost apod.) • Tlak na zvyšování kvalifikace pracovníků v sociálních službách ze strany státu • Nárůst užívání návykových látek mezi dětmi a mládeží • Pokračující odliv kvalifikovaných pracovníků ze systému sociálních služeb z důvodu nízkých platů nebo výpadku ve financování • Nepřipravenost na plnění materiálně technického a personálního standardu sociálních služeb ze strany poskytovatelů sociálních služeb • Obtížné sladování rodinného a pracovního života • Nedostatek některých dat v sociální oblasti a chybějící koncepční materiály (např. pro vyrovnávání příležitostí osob se zdravotním postižením, stárnutí populace)

³² Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Kraje Vysočina 2023-2025

Tabulka č. 10 – SWOT analýza: nabízená péče v Kraji Vysočina

SILNÉ STRÁNKY	SLABÉ STRÁNKY
• Ucelený systém sociálních a dalších služeb pokrývajících území kraje Vysočina • Kontinuální poskytování služeb tradičními poskytovateli • Zkušenosti s deinstitucionalizací, přístupy zaměřenými na individualitu člověka • Zaměření poskytovatelů služeb na vzdělávání personálu • Použití individuálních a individualizovaných nástrojů hodnocení a plánování • Orientace na nové a inovativní metody péče zaměřené na klienty	• Špatná obslužnost venkovských oblastí • Poskytované služby nejsou vždy zaměřené na potřeby jednotlivce • Nestabilní nesystémové jednoleté financování sociálních služeb • Roztříštěný systém poskytování dotací již z centrální úrovně • Část služeb není zaměřena na zvyšování kompetencí samostatnosti klientů • Nedostatečná informovanost o nabídce a systému poskytování sociálních služeb • Nedostatečné prostředky klientů k zajištění především terénních služeb, pobytová zařízení vnímána jako finančně výhodnější • Nedostatečný přenos osvědčených postupů • Kumulace služeb ve větších městech • Nedostatečná podpora pro neformální pečovatele • Sociální a zdravotní péče je neustále oddělována • Nedostatečná spolupráce s lékaři
PŘÍLEŽITOSTI	HROZBY
• Zkušenosti/pilotní projekty financované z evropských fondů, které umožňují inovativní přístupy • Vědecké důkazy a získávání poznatků o modelech péče, které fungují a dobře fungují pro komunitu. • Vznik krizových lůžek • Využívání dobrovolníků • Analýza dat pro provádění průzkumů s cílem usnadnit plánovací procesy • Snadnější přístup k informacím • Vývoj nových technologií a nástrojů digitální technologie	• Demografická prognóza – stárnutí populace • Nedostatek finančních prostředků • Neochota obcí podílet se na financování sociálních služeb • Stigmatizace obyvatelstva v situaci zranitelnosti • Nízká prestiž a náročnost profese pečovatelů • Nedostatek kvalitních a odborně vzdělaných pracovníků • Chybějící zařízení pro osoby bez příjmu nebo s nízkými příjmy • Přibývání osob ohrožených sociálním vyloučením

Interní analýza

Přestože Kraj Vysočina prozatím neschválil ucelenou koncepci pro přechod k novým sociálním službám na území kraje, učinil již řadu kroků směrem k přístupům péče zaměřených na člověka. Jedná se zejména, o již uskutečněné nebo právě probíhající projekty, které jsou blíže popsány v kapitole 5. Rovněž v rámci Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb si stanovil celou řadu cílů, které jsou v souladu s péčí zaměřenou na člověka, rodinu a komunitu. Na přípravě střednědobého plánu se podílel kraj ve spolupráci s poskytovateli sociálních služeb a obcemi. Lze tedy říci, že všichni důležití aktéři působící v sociálních službách koncepčně sdílí model péče zaměřený na člověka. Je však otázkou, jak hluboko proniká tato koncepce do běžné organizační a profesní praxe poskytovatelů a zda tato koncepce není jen v oblasti plánování.

Mezi *silné stránky*, které mohou být nápomocny k zavádění péče zaměřené na člověka na území Kraje Vysočina, můžeme zařadit zejména bohaté zkušenosti s deinstitucionalizací sociálních služeb, zaměření poskytovatelů služeb na vzdělávání personálu, orientace na nové a inovativní metody péče zaměřené na klienty. Mezi *příležitosti* můžeme zařadit zkušenosti a pilotní projekty umožňující inovativní přístupy, vědecké důkazy a získávání poznatků o modelech péče, které fungují a dobře fungují pro komunitu, vývoj nových technologií apod.

Naopak, *slabými stránkami* systému byly identifikovány zejména nedostupnost některých druhů sociálních služeb na celém území kraje, nedostatečnou provázanost sociálních služeb s dalšími sociálními a zdravotnickými službami, nedostatečné prostředky klientů k zajištění terénních služeb, poskytovatelé služby nejsou vždy zaměřeni na potřeby jedinců, nedostatečná podpora neformálních pečovatelských skupin, neustálé oddělování sociální a zdravotní péče apod. Mezi *hrozby* lze zařadit zejména nepříznivou demografickou prognózu obyvatelstva kraje, nedostatek financí a ochoty obcí podílet se na financování sociálních služeb. Rovněž velmi závažnou hrozbou je nedostatek kvalitních a odborně vzdělaných pracovníků, nízká prestiž a vysoká náročnost profese pečovatele. Nedostatek financí, nedostatek kvalifikovaného personálu, nepropojenost sociální a zdravotní péče spolu s nepříznivou demografickou prognózou se tak mohou stát významnou překážkou při zavádění modelů péče zaměřených na člověka.

Externí analýza

Základním strategickým dokumentem politiky sociálních služeb České republiky je aktuálně *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025*. Realizace strategie by měla do roku 2025 vést k tomu, že v ČR budou poskytovány kvalitní a dostupné sociální služby, které budou řešit individuální potřeby klientů sociálních služeb, popř. jejich rodinných či blízkých příslušníků. Národní strategie identifikovala několik fundamentálních oblastí, které se v ČR dlouhodobě systémově neřešily, definovala klíčové problémy a hrozby a navrhuje konkrétní řešení. Z analýz realizovaných v rámci Národní strategie mimo jiné vyplývá, že³³:

- **Činnost pečujících osob a neformální péče** je pro osoby závislé na péči druhých nepostradatelná, ekonomicky i společensky velmi přínosná, avšak zcela nedoceněná. Řešením by měla být legislativní změna parametrů sociálního zabezpečení v oblasti dávek či jiné finanční podpory a vytvoření nástrojů, které pomohou osobám pečovat, např. může jít o specifické poradenství, bezplatné vzdělávání, odlehčovací služby, popř. další formy pomoci.
- **Proces deinstitucionalizace a transformace** je různými aktéry rozdílně chápán a následně realizován v praxi, je tedy nutné, aby proces nebyl vnímán jako rušení potřebných kapacit. Řešením je plánování nových kapacit služeb komunitního charakteru a zlepšení kvality života klientů sociálních služeb v zařízeních i mimo ně prostřednictvím nastavení sítě sociálních služeb podle individuálních potřeb klientů.
- **Ekonomická udržitelnost s důrazem na rozvoj sociálních služeb.** Ekonomická udržitelnost vychází z podstaty stabilizace systému sociálních služeb, hospodárnosti a efektivnosti vynakládaných veřejných prostředků. Jednou z významných položek jsou mzdy pracovníků

³³ Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025

působících v sociálních službách, které jsou ve většině případů nižší, než je republikový průměr.

- S ekonomickou udržitelností souvisí i **vzdělávání a efektivní rozvoj pracovníků** působící na různých pozicích v sociálních službách. Podnětem je tedy podporovat vzdělávání všech profesionálů v oblasti sociálních služeb, aby bylo zajištěno kvalitní poskytování sociálních služeb i poskytování péče osobou blízkou. Nejedná se o vzdělávání a rozvoj pracovníků vykonávající přímou práci s klientem sociálních služeb, ale i orgánů veřejné správy a příslušníci rodin pečujících o osobu blízkou.
- **Sociálně-zdravotní pomezí** – nepropojenost systémů zajišťujících sociální a zdravotní potřeby klienta (řízení dvěma ministerstvy, odlišný systém financování, nedostatečná koordinace) byl identifikován jako klíčová hrozba. S potřebou poskytování sociálních a zdravotních služeb ve vzájemné synergii a návaznosti roste i potřeba plánování, koordinace a monitorování těchto služeb, včetně zohledňování kapacit a zdrojů napříč jednotlivými službami a poskytovateli. Nezbytné je zapojení zdravotně-sociálních pracovníků v rámci multidisciplinárních týmů. Nedostatečný je i počet case manažerů jako pracovníků, kteří zabezpečují komplexní přístup ke klientovi, zhodnocení a uspokojování jeho specifických potřeb s ohledem na zdravotní i sociální služby, spolupráci na řešení situace klienta, předávání do péče apod. Sociálně-zdravotní pomezí je tak jedním příkladem nutnosti multidisciplinárního přístupu mimo přímou působnost typizovaných sociálních služeb a další problematické okolnosti užívání sociálních služeb.
- **Uspokojování potřeb osob prostřednictvím sociálních služeb** dostatečně neodráží jejich individuální potřeby. Klienti sociálních služeb jsou málo podporováni ve vlastní reflexi nepříznivé sociální situace, ve které se nacházejí, a v hledání jejího řešení, což vede ke zbytečnému prodražování systému, kdy jsou státem financovány služby, jež by si byl klient schopen zajistit sám či prostřednictvím své rodiny. Chybí tak individuální ohodnocování potřeb klienta a často ani není řešeno, jaké jsou jeho přirozené zdroje k řešení dané situace.
- **Podpora služeb sociální prevence**, tak aby docházelo k vlivu na životní patogenní sociální situace, které vedou ke snižování rizika sociálního vyloučení nebo docházelo k omezení jejich dopadu. Mezi nástroje můžeme zařadit terénní sociální práci, služby následné péče, krizovou pomoc a další služby sociální prevence, tvorba vzdělávacích programů pro sociální kurátory, metodických příruček pro práci s klientem, podpora spolupráce mezi poskytovateli a meziprofesní spolupráce, zvyšování informovanosti uživatelů, poskytovatelů a veřejnosti.

Z výše uvedené Národní strategie vyplývá, že si je stát vědom slabých stránek a potenciálních hrozeb v oblasti sociálních služeb a nabízí možná řešení. Kraj Vysočina tyto slabé stránky a hrozby vnímá stejným způsobem. Pozitivně lze hodnotit, že jak na úrovni státu, tak kraje, panuje konsenzus ohledně problematických oblastí sociálních služeb. Chybí však široký politický konsenzus na řešení – politická vůle prosadit potřebné legislativní změny. Nyní bude na straně státu, resp. MPSV, jakým způsobem bude tyto problematické oblasti řešit, jak je legislativně upravit a jak se následně kraji podaří nová pravidla, legislativu apod. implementovat do systému sociálních služeb na území kraje a zda tato řešení povedou k odstranění problému nebo minimalizaci hrozeb.

5. DOBRÁ PRAXE

5.1 Projekty realizované Krajem Vysočina³⁴

Kraj Vysočina se podílí nebo v nedávné době podílel na řadě projektů, které jsou v souladu s novými modely péče zaměřenými na člověka, rodinu či komunitu. Informační listy k vybraným projektům je uveden v příloze č. 5.

Sociálně zdravotní pomezí

a. Tvorba systému sociálně zdravotního pomezí v Kraji Vysočina

Doba realizace: 1. 4. 2020 – 3. 9. 2022, projekt finančně podpořen EU, prostřednictvím Operačního programu Zaměstnanost. Vyrůstající trend stárnutí populace přináší celou řadu problémů, na které nebyly struktury sociální a zdravotní péče dostatečně připraveny. Roztříštěnost, nesourodost a nepropojenost sociálního a zdravotního sektoru způsobuje problémy při přechodu klientů mezi těmito dvěma systémy. Chybí koordinace služeb, pracovníci obou sektorů nejsou vzájemně dostatečně informováni. Výsledkem tak jsou mimořádná sociální i zdravotní rizika osob, které jsou na tyto dva systémy poskytování péče odkázány.

Dlouhodobá péče je v současné době poskytována zejména osobami blízkými (neformálními pečovateli v rámci domácnosti nebo komunity) a profesionálními poskytovateli v resortu práce a sociálních věcí nebo zdravotnictví. Jelikož služby poskytované ze strany jednotlivých resortů mezi sebou nejsou koordinované, situace vede k významným nerovnostem mezi srovnatelnými klienty zdravotnických a sociálních zařízení. Bez implementace inovačního řešení nemůže v současné době kraj s aktuální nabídkou sociálně zdravotní péče pokrýt potřeby cca 7 500 klientů.

Hlavním cílem je pilotní testování nových systémových řešení – tvorba systému sociálně zdravotního pomezí v Kraji Vysočina. Dílčími cíli jsou: zlepšení kooperace mezi krajem, obcemi s rozšířenou působností, poskytovateli sociálních a zdravotních služeb, zavedení centrálního registru poskytovatelů služeb, pomoc klientům a zlepšení kvality jejich života, zvýšení efektivity díky krajskému koordinátorovi pomoci, zlepšení podmínek pro neformální pečovatele aj. Bližší informace o projektu viz Příloha č. 5 Informační list dobré praxe – *Nová pravidla spolupráce na sociálně zdravotním pomezí v Kraji Vysočina*.

³⁴ Internetové stránky Kraje Vysočina

b. Rozvoj a podpora procesů pro zkvalitnění poskytování služeb sociálně zdravotního pomezí v Kraji Vysočina

Doba realizace: 1. 4. 2023 – 31. 3. 2026, projekt finančně podporován EU, prostřednictvím Operačního programu Zaměstnanost plus. Projekt navazuje již realizovaný projekt: Tvorba systému sociálně zdravotního pomezí v Kraji Vysočina.

Cílem je rozvoj, zoptimalizování a zefektivnění poskytování služeb sociálně zdravotního pomezí a procesů v Kraji Vysočina. Projekt se zaměřuje na oblast propojení sociálních a zdravotních služeb, vzdělávání zdravotně-sociálních pracovníků, sociálních a dalších pracovníků, i na oblast domácí ošetrovatelské péče a neformální pečovatele. Aktivita směřují i do oblasti plánování služeb s cílem zvyšování dostupnosti terénních sociálních služeb (místní, časová apod.) a optimálního pokrytí Kraje Vysočina pečovatelskou službou, s participativním financováním obcí.

Mezi klíčové aktivity spadají mimo jiné podpora sociální práce i na komunitní úrovni, vzdělávání pro sociální pracovníky (poskytovatelů, obcí), zdravotně sociální pracovníky poskytovatelů zdravotních služeb a pro zástupce kraje se zaměřením na zvyšování kvality sociální práce a komplexního řešení životních situací klientů sociálně zdravotního pomezí. Bližší informace o projektu viz Příloha č. 5 Informační list dobré praxe – *Nová pravidla spolupráce na sociálně zdravotním pomezí v Kraji Vysočina*.

c. Komplexní podpora v oblasti sociálně zdravotního pomezí

Doba realizace: 1. 9. 2023 - 31. 8. 2026, projekt je spolufinancování EU, prostřednictvím Operačního programu Zaměstnanost plus. Aktuálně realizovaný projekt plynule navazuje na předcházející projekty.

Hlavním cílem je rozvoj a komplexní podpora v poskytování služeb sociálně zdravotního pomezí a procesů v Kraji Vysočina, který vnímá nezastupitelnou roli sociálních služeb poskytovaných v domácím prostředí klienta. Primárním tématem je neformální péče, jedná se o péči poskytovanou osobě závislé na pomoci a péči jejími blízkými rodinnými příslušníky, příbuznými nebo známými.

Přestože 3/4 veškeré sociální a zdravotní dlouhodobé péče je poskytována rodinnými příslušníky nebo jinými pečujícími, role neformálních pečujících není v systému dostatečně ošetřena. V rámci podpory budou od roku 2024 realizovány vzdělávací semináře, kurzy psychohygieny, podpůrné svépomocné skupiny a další cílené poradenské aktivity. Vznikne komunitní centrum, jehož součástí bude poradna pro pečující a rodinné příslušníky napříč cílovými skupinami. Projekt cílí i na uprchlíky z Ukrajiny.

Cílem je rovněž zajištění vzdělávání v oblasti odborné, koncepční, strategické a manažerské u sociálních pracovníků, pracovníků ve veřejné správě, pracovníků poskytujících sociální služby, pracovníků poskytujících či zajišťujících služby spojené se sociálním bydlením, pracovníků pracujících s dětmi, pracovníků ve službách pro rodiny a děti, zdravotnických pracovníků (včetně prevence negativních dopadů psychické a fyzické zátěže) a pracovníků dalších organizací v oblasti sociálního začleňování. Mezi klíčové aktivity spadají mimo jiné mobilní edukativní tým a poradna, včetně poradny pro pečující, dále vzdělávání pro neformální pečující a komunitní centrum pro seniory. Bližší

informace o projektu viz Příloha č. 5 Informační list dobré praxe – *Podpora neformálním pečujícím v péči o jejich blízké*.

Transformace sociálních služeb – komunitní služby pro osoby s postižením v Kraji Vysočina

Transformace znamená změnu v charakteru poskytování sociálních služeb osobám se zdravotním postižením. Klienti opouštějí velkokapacitní ústavy a stěhují se do komunitních domácností v běžné zástavbě, kde začínají žít způsobem života obvyklým pro jejich vrstevníky. Pro konkrétní cílové skupiny také vznikají komunitní domácnosti bez návaznosti na rušení ústavních kapacit (projekty komunitního bydlení). Přejít z ústavní do komunitní péče je prvním krokem, který může vést k úplné nezávislosti na sociální péči. Transformace také znamená polidštění. Pomáhá lidem s postižením lépe poznat sebe sama, přibližuje je běžnému životu majoritní společnosti. Pomáhá navázat kontakty, odbourat stereotypy. Klienti se dle svých možností zapojují do veřejného a kulturního života v obci, hledají si práci, snaží se být užiteční. Klientům jsou poskytovány sociální služby chráněné bydlení, domov se zvláštním režimem či domov pro osoby se zdravotním postižením, dle typu postižení a míry potřebné podpory. Vznikají také denní stacionáře, terapeutické dílny, zázemí pro denní aktivity klientů.

Od roku 2009 do roku 2022 prošlo procesem transformace úplně nebo částečně 5 příspěvkových organizací a jejich obyvatelé se postupně nastěhovali do 67 nových nebo opravených objektů ve 27 lokalitách. Celkové náklady na transformaci sociálních služeb na Vysočině se pohybují kolem jedné miliardy korun, z toho dotace z evropských fondů a státního rozpočtu je asi 782 milionů, zbývající částku pokryly prostředky z rozpočtu kraje. Kromě samotné výstavby byly podporovány procesy v transformovaných příspěvkových organizacích, aby takto významná změna proběhla pro všechny zapojené aktéry co nejlépe (klienti-opatrovníci-zaměstnanci v přímé péči-management). Příkladem dobré praxe v tomto směru je zkušenost Domova Háj s kompletní transformací. Bližší informace o tomto projektu viz Příloha č. 5 Informační list dobré praxe – *Transformace sociálních služeb pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením – případ Domov Háj*.

Rozvoj inovativních postupů v rámci sociální ochrany a prevence v Kraji Vysočina

Doba realizace: 1. 1. 2023 - 31. 12. 2025, projekt je spolufinancován EU, prostřednictvím Operačního programu Zaměstnanost plus. Hlavním cílem je zkvalitnit proces zprostředkování náhradní rodinné péče, podpořit děti opouštějící tuto náhradní péči, podpořit oblast dobrovolnictví, odbornost pracovníků, zpracovat transformační plán zařízení sociálních služeb pro děti.

Mezi klíčové aktivity patří např. podpora procesu transformace formou vzdělávacích aktivit pracovníků pečujících o děti, zavedení pozice metodika případové sociální práce a transformace. Dále poskytnout metodickou a odbornou podporu sociálním pracovníkům formou akreditovaných vzdělávacích kurzů, metodických porad, workshopů, a kazuistických setkání.

Aplikace inovativních postupů v rámci sociální ochrany a prevence v Kraji Vysočina

Doba realizace: 1. 1. 2020 – 30. 6. 2022, projekt byl spolufinancován EU, prostřednictvím Operačního programu Zaměstnanost.

Hlavním cílem projektu je pozitivně ovlivnit situaci v náhradní rodinné péči tak, aby klesl počet dětí vyrůstajících v institucionální péči, zvýšit profesionalitu sociálních pracovníků a zaměřit více pozornost veřejnosti na výše uvedené oblasti a na dobrovolnictví.

Klíčové aktivity např.: multidisciplinární setkání se všemi zapojenými aktéry (rodiny, soudci, správní orgány, odborníci – dětské psychologové, terapeuti, sociální pracovníci), terapie rodičů – bude určena rodičům dětí, které jsou z důvodu rodičovského konfliktu umístěny do specializované pěstounské péče na přechodnou dobu, akreditované vzdělávání pro sociální pracovníky, vzdělávání pro veřejné opatrovníky aj.

Efektivním využitím zdrojů ke zkvalitnění sociálních služeb v Kraji Vysočina

Doba realizace: 1. 4. 2020 – 30. 6. 2022, projekt byl finančně podporován EU, prostřednictvím Operačního programu Zaměstnanost. Projekt je zaměřen na podporu procesu střednědobého plánování, rozvoj systému supervizí a sdílených služeb v sociálních službách, zvýšení efektivity a využívání kontrolních mechanismů a podporu transformace a deinstitucionalizace pobytových sociálních služeb.

Plánování rozvoje sociálních služeb na základě vyhodnocování potřeb v daném místě neprobíhá koordinovaně. Vzájemnou spoluprací, vyhodnocováním potřeb, dostupnosti a zajištění služeb tak může dojít k optimálnímu fungování sítě sociálních služeb v kraji. Cílem je mimo jiné i podpora procesu komunitního plánování, zvýšení odbornosti zaměstnanců, podpora transformace aj.

Podpora vybraných sociálních služeb na území Kraje Vysočina

Doba realizace: 1. 5. 2022 – 31. 10. 2025, projekt je spolufinancován EU. Předmětem projektu je podpora sociálního začleňování sociálně vyloučených osob a osob ohrožených sociálním vyloučením, včetně odstraňování bariér v jejich přístupu k zaměstnávání, k bydlení, k obnovování sociálních kontaktů anebo k řešení dluhové situace.

Hlavním cílem projektu je na území Kraje Vysočina zvýšení počtu osob, u nichž bylo dosaženo sociální integrace v komunitách a růst počtu osob, kterým bude poskytnuta prevence před sociálním vyloučením.

Zkvalitnění péče o osoby s poruchami autistického spektra v Kraji Vysočina

Doba realizace: 1. 4. 2020 – 30. 6. 2022, projekt byl finančně podpořen EU, prostřednictvím Operačního programu Zaměstnanost. Předmětem projektu je nastavení fungujícího systému péče o osoby s poruchou autistického spektra (dále jen „PAS“) v Kraji Vysočina, zkvalitnění péče o tyto osoby a cílená pomoc a podpora pečujícím osobám. Hlavním výstupem bude vznik sítě sociálních i navazujících služeb z mezioborové spolupráce, které umožní osobám s PAS a jejich rodinným

příslušníkům žít plnohodnotný život. Důležitý bude vznik multidisciplinárního týmu, který bude i po ukončení projektu aktivním článkem v pomoci těmto osobám.

Mezi klíčové aktivity patří zmapovat počet osob s postižením autistického spektra a zjišťovat potřeby těchto osob a pečujících osob. Pro formální i neformální pečující vznikne ucelený vzdělávací kurz s důrazem na prohloubení znalostí a dovedností formálních pečovatelů aj.

Podpora transformace se zohledněním problematiky osob s PAS v Kraji Vysočina

Doba realizace: 1. 4. 2023 – 31. 3. 2026, projekt je finančně podpořen EU. Projekt je zaměřen na podporu transformace a deinstitutionalizaci vybraných pobytových sociálních služeb, vzdělávání pracovníků, optimalizaci hospodaření komunitních služeb, metodický rozvoj služeb komunitního typu a analýzu potřebnosti služby podpora samostatného bydlení. Dále je obsahem projektu podpora klientů pobytových sociálních služeb, zlepšení potřebné podpory a péče pro osoby s PAS, PAS plus, vzdělávání neformálních pečovatelů, destigmatizační a propagační aktivity.

Cílem projektu je mimo jiné podpora case managementu, zvýšení odbornosti zaměstnanců (sociálních pracovníků, pracovníků v sociálních službách, pracovníků veřejné správy, kteří se věnují sociální problematice, pro poskytování individuální podpory a sociální začleňování klientů formou vzdělávání, podpora multidisciplinárního týmu, zvýšení odbornosti neformálních pečovatelů, formou odzkoušených vzdělávacích plánů zaměřených na autismus, vytvořit propojení mezi neformálními pečovateli o osoby s PAS a dalšími cílovými skupinami (zřizovatelé, poskytovatelé sociálních služeb, zaměstnanci veřejné správy), kteří se věnují sociální, zdravotní a rodinné problematice.

5.2 Vzdělávání v oblasti péče zaměřené na člověka

Kraj Vysočina v rámci svých projektů realizuje celou řadu vzdělávacích aktivit určených, jak pro zaměstnance poskytovatelů sociálních služeb, tak pro pracovníky přímo krajského úřadu, jeho institucí, ale také pro neformální pečující. Mimo toto vzdělávání se mohou zaměstnanci poskytovatelů sociálních služeb účastnit vzdělávacích kurzů a školení organizovaných Asociací poskytovatelů sociálních služeb ČR (dále jen APSS ČR). APSS ČR je největší vzdělávací institucí v oblasti sociálních služeb, která nabízí více než 185 akreditovaných vzdělávacích programů. V širokém portfoliu vzdělávacích aktivit rovněž nabízí vzdělávání v oblasti nových modelů péče zaměřených na člověka, rodinu či komunitu. Mezi toto vzdělávání můžeme zařadit následující příklady.

Virtuální realita – demence

Výukový program Virtuální realita – demence je jedinečný vzdělávací kurz pro pracovníky v sociálních službách, ale také pro osoby, které pečují o rodinného příslušníka s demencí. Nabízí účastníkům jedinečnou příležitost vstoupit do světa člověka s demencí. Pomocí vysoce kvalitní technologie virtuální reality jim umožní vidět svět jeho očima. To posiluje znalosti osob pečujících o osobu s demencí a také pomáhá zlepšit přístup a podporu pro osoby žijící s demencí. Na základě vlastních zkušeností účastníci lépe pochopí, co člověk s demencí prožívá, a budou tak schopni lépe identifikovat jeho potřeby a poskytnout mu adekvátní podporu doma i v sociálních službách.

Vzdělávací program byl vyvinut v Austrálii. V současné době je kurz dostupný v Austrálii, Kanadě, Singapuru a od roku 2019 i v České republice prostřednictvím APSS ČR (jako první a jediný v Evropě!). Částečně je dostupný také v Rakousku prostřednictvím APSS ČR.

V roce 2023 absolvovalo vzdělávací program celkem 156 osob ze zařízení sociálních služeb Kraje Vysočina.



Obrázek č. 5 – Virtuální realita – demence

Paliativní přístup v sociálních službách

Na základě švýcarského modelu vypracovala APSS ČR systém Certifikace paliativního přístupu v sociálních službách, který se zaměřuje na nastavení paliativního přístupu v pobytových sociálních službách na úrovni obecné paliativní péče a na zajištění kvality péče v závěru života s důrazem na uspokojování bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb klientů sociálních služeb.

Cílem systému je podpořit zvyšování kvality poskytovaných služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb, získat odbornou zpětnou vazbu pro certifikovaná zařízení, podpořit zařízení při realizaci opatření vyplývajících z odborné zpětné vazby a pomoci jim při nastavení procesních kroků při realizaci konceptu paliativní péče. Současně je cílem systému zvýšit povědomí o této problematice, což povede ke změně postoje společnosti ke smrti a umírání a ke zvýšení informovanosti specifických cílových skupin.

Paliativní péče přináší nový pohled na péči o umírající a nový přístup k tématům umírání a smrti. Tuto novou filozofii a z ní vyplývající praktické postupy péče a podpory je třeba naučit personál. Žadatelé o skutečnou certifikaci musí prokázat systematické školení personálu. Pro splnění tohoto kritéria nabízí APSS ČR celkem 4 kurzy. Obsah vzdělávacích kurzů je koncipován tak, aby každý pracovník po jejich absolvování měl pro svou pozici potřebné informace a kompetence, na jejichž základě bude schopen kvalitně, efektivně a bezpečně uplatňovat hodnoty a postupy paliativní péče ve své každodenní práci.

V roce 2023 absolvovalo vzdělávací program celkem 83 osob ze zařízení sociálních služeb Kraje Vysočina.

Unikátní semináře „Komunikace v obrazech se zaměřením na osoby s demencí“ a „Život s postižením v obrazech“

APSS ČR nabízí řadu unikátních seminářů s podtitulem „v obrazech“, který účastníkům pomáhá vžít se do situace klienta prostřednictvím instruktážních filmů a výkladů lektora. V semináři zaměřeném na komunikaci s osobou s demencí se účastníci dozvědí, jak správně komunikovat s těmito klienty, jak rozpoznávat a uspokojovat jejich potřeby a předejít tak jejich neklidnému či problémovému chování.

Podobně kurz zaměřený na osoby s postižením přináší účastníkům unikátní interaktivní metodu vzdělávání. Zaměřuje se na situace, kdy dochází ke střetu zájmů klientů, jejich blízkých a pracovníků. Účastníci se dozví více o autonomii klienta, vnímání jeho potřeb a životním příběhu ovlivněného mnohaletým životem v pobytovém zařízení.

V roce 2023 absolvovalo tyto unikátní semináře celkem 100 pracovníků zařízení sociálních služeb Kraje Vysočina.

Proměny stáří a Geronto-oblek

Od začátku roku 2013 nabízí APSS ČR unikátní seminář Proměny stáří a geronto-oblek. Geronto-oblek byl speciálně vyvinut k tomu, aby simuloval stařecký pohyb se všemi omezeními pohybovými, zrakovými i sluchovými. Účastníci si tak na vlastním těle mohou vyzkoušet, jak se cítí klient, o kterého pečují. Seminář je určen všem, kteří pečují o seniory v domovech pro seniory a domovech pro osoby se zdravotním postižením.

Seminář realizuje APSS ČR v zařízeních na klíč, aby touto zkušeností prošlo co nejvíce zaměstnanců daného zařízení a bylo možné si ztížený pohyb vyzkoušet v prostorách, ve kterých pečují o své klienty.



Obrázek č. 6 – Geronto-oblek

V roce 2023 absolvovalo tento seminář 60 pracovníků zařízení sociálních služeb Kraje Vysočina.

Nový model výuky s peer lektory na Vysoké škole polytechnické Jihlava

Na Vysoké škole polytechnické v Jihlavě, sídlící v kraji Vysočina, je od roku 2017 v rámci studia oboru Zdravotně sociální pracovník zavedena výuka s peer lektory, a to v rámci povinného předmětu Základy psychiatrie a psychopatologie. Tento předmět musí absolvovat všichni studenti tohoto oboru.

Odborní peer lektoři představují studentům nejnovější poznatky a trendy v péči o duševní zdraví a vědomě využívají vlastní zkušenosti s duševním onemocněním ve prospěch ostatních. Participativní výuka je v souladu s Vancouverskou deklarací, která klade důraz na zapojení pacientů do vzdělávání. V některých zemích (např. ve Velké Británii) je tento inovativní přístup povinný při vzdělávání všech sociálních pracovníků. V letech 2013-2014 bylo v České republice vyškoleno prvních 10 peer lektorů v rámci projektu „Zapojení uživatelů péče do vzdělávání v oblasti péče o duševní zdraví“. Díky tomu bylo možné zavést participativní výuku také na VŠPJ. Škola zajišťuje kurzy nejen pro studenty, ale rovněž pro širší veřejnost, tj. zejména pro rodinné příslušníky, blízké osoby aj., kteří mají ve svém okruhu osobu s duševním onemocněním.

6. ZÁVĚRY A DOPORUČENÍ

Sociální systém v Kraji Vysočina, resp. v celé České republice, prošel za téměř 35 let po pádu komunistického režimu velkou proměnou. Vidíme řadu pozitivních příkladů, úspěchů, nabytých zkušeností. Zároveň se stále vypořádává s dědictvím minulosti (společensko-kulturní hodnoty), nedokonalou legislativní úpravou, podfinancováním sektoru, a to i v kontextu vzdělávání.

Tendencí je poskytovat sociální služby na komunitním základě, využívat metody péče orientované na člověka. Ambulantní i terénní péče se rozvíjí tímto způsobem již dlouho, velký důraz je kladen na to, aby klient setrval ve svém přirozeném domácím prostředí. Reforma pobytové péče – přes významné úspěchy, které jsou patrné například na zmiňovaném procesu transformace, stále přešlapuje na místě. Vedle moderních domovů s pobytovými službami stále existují i domovy umístěné v kdysi konfiskovaných zámcích, které je možné jen velmi těžko adaptovat na nové technické i personální standardy v poskytování sociální péče.

- Kraj Vysočina, nejen v kontextu sociální práce, podporuje sociální změnu, řešení problémů v mezilidských vztazích, posílení lidí za účelem naplnění jejich osobního blaha. I zde se sociální práce ve svých různých formách zaměřuje na rozmanité, komplexní vztahy mezi lidmi a jejich prostředím. Úkolem je umožnit všem lidem plně rozvinout své možnosti, obohatit své životy a předcházet selhání.
- Mezi klíčové kompetence a podmínky pro zavádění nového modelu péče zaměřeného na člověka můžeme zařadit zejména osobnostní charakteristiky pracovníků, spolupráci v rámci multidisciplinárního týmu, zdroje (čas, prostředky a vzdělávání), také kulturu dané organizace a v neposlední řadě spolupráci s rodinou klienta.
- Důležitým prvkem přechodu na nový model jsou také pracovní podmínky, nábor, udržení a kvalifikace zaměstnanců.
- Pokrok v zavádění modelu je nerovnoměrný a v různých oblastech sociálních služeb probíhá různým tempem. Včasná intervence v Kraji Vysočina se stala modelem implementace a posunu blíže k člověku a jeho potřebám, inspirací pro další kraje a oblasti.
- Přestože Kraj Vysočina prozatím neschválil ucelenou koncepci pro přechod k novým sociálním službám na území kraje, činí kroky směrem k prosazování přístupu orientovaného na člověka a učinil již řadu kroků směrem k přístupům péče zaměřených na člověka. Jedná se zejména o již uskutečněné nebo právě probíhající projekty. Rovněž v rámci Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb si stanovil celou řadu cílů, které jsou v souladu s péčí zaměřenou na člověka, rodinu a komunitu. Na přípravě střednědobého plánu se podílel kraj ve spolupráci s poskytovateli sociálních služeb a obcemi. Lze tedy říci, že všichni důležité aktéři působící v sociálních službách koncepčně sdílí model péče zaměřený na člověka. Je však otázkou, jak hluboko proniká tato koncepce do běžné organizační a profesní praxe poskytovatelů a zda tato koncepce není jen v oblasti plánování.
- Mezi silné stránky, které mohou být nápomocny k zavádění péče zaměřené na člověka na území Kraje Vysočina, můžeme zařadit zejména bohaté zkušenosti s deinstitucionalizací sociálních služeb, zaměření poskytovatelů služeb na vzdělávání personálu, orientace na nové a inovativní metody péče zaměřené na klienty. Mezi příležitostmi můžeme zařadit zkušenosti

- a pilotní projekty umožňující inovativní přístupy, vědecké důkazy a získávání poznatků o modelech péče, které fungují a dobře fungují pro komunitu, vývoj nových technologií apod.
- Naopak, slabými stránkami systému byly identifikovány zejména nedostupnost některých druhů sociálních služeb na celém území kraje, nedostatečnou provázanost sociálních služeb s dalšími sociálními a zdravotnickými službami, nedostatečné prostředky klientů k zajištění terénních služeb, poskytovatelé služby nejsou vždy zaměřeni na potřeby jedinců, nedostatečná podpora neformálních pečovatelů, neustálé oddělování sociální a zdravotní péče apod. Mezi hrozby lze zařadit zejména nepříznivou demografickou prognózu obyvatelstva kraje, nedostatek financí a ochoty obcí podílet se na financování sociálních služeb. Rovněž velmi závažnou hrozbou je nedostatek kvalitních a odborně vzdělaných pracovníků, nízká prestiž a vysoká náročnost profese pečovatele. Nedostatek financí, nedostatek kvalifikovaného personálu, nepropojenost sociální a zdravotní péče spolu s nepříznivou demografickou prognózou se tak mohou stát významnou překážkou při zavádění modelů péče zaměřených na člověka.
 - Z Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025 vyplývá, že si je stát vědom slabých stránek a potenciálních hrozeb v oblasti sociálních služeb a nabízí možná řešení. Kraj Vysočina tyto slabé stránky a hrozby vnímá stejným způsobem. Pozitivně lze hodnotit, že jak na úrovni státu, tak kraje, panuje konsenzus ohledně problematických oblastí sociálních služeb. Avšak chybí široký politický konsenzus na řešení a vůle prosadit potřebné legislativní změny. Nyní bude jen na straně státu, resp. MPSV, jakým způsobem bude tyto problematické oblasti řešit, jak je legislativně upravit a jak se následně kraji podaří nová pravidla, legislativu apod. implementovat do systému sociálních služeb na území kraje a zda tato řešení povedou k odstranění problému nebo minimalizaci hrozeb.
 - Je nezbytné, aby se Kraj Vysočina aktivně podílel na procesu legislativních změn, které přinesou nejen požadovanou novelu legislativy, ale zároveň položí základ legislativnímu rozvoji infrastruktury sociálních služeb na komunitní bázi.
 - Dále by se Kraj měl zabývat důsledněji problémy s meziresortním přesahem, kde by měl efektivně pracovat s monitorováním, koordinací aktivit, iniciováním jednání s věcně příslušnými partnery.
 - Administrativní zátěž je jednou z dílčích oblastí, jež řeší nejen aktéři sociálních služeb. S nástupem moderních technologií by měla přijít éra efektivnosti. Aby byla administrativní zátěž alespoň o něco nižší a efektivnější, využívá mnoho poskytovatelů sociálních služeb, ale také orgánů státní správy a samosprávy softwarová řešení určená pro monitorování, evidenci či detailní práci s daty. U samotných poskytovatelů sociálních služeb by měly být moderní technologie využívány nejen jako administrativní ulehčení, ale rovněž jako strategická koncepce, se kterou se neustále musí pracovat a vyvíjet se, aby bylo možno efektivně využívat data a informace.
 - Hlavním úkolem Kraje Vysočina bude nastavit zejména jasné vize a cíle sociálních služeb na svém území s ohledem na péči zaměřenou na člověka. Dále bude úkolem kraje motivovat poskytovatele služeb, aby sdíleli tyto hodnoty a vize. Kraj by se měl zasadit o dostatečné vybavení organizací, jak personální, tak technické, tak aby mohly poskytovat péči v souladu s metodami zaměřenými na člověka, rodinu či komunitu. Finančně organizace podporovat, aby byly schopny zajistit dostatečné prostory, vybavení a pomůcky. Stejně tak motivovat zaměstnance k získávání dalšího vzdělávání, které bude napomáhat uskutečňovat vizi poskytování péče zaměřené na člověka.

Seznam literatury

ČÁMSKÝ, Pavel – SEMBDNER, Jan – KRUTILOVÁ, Dagmar (2011). *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Nakladatelství: Portál.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD (2022). *Městské obyvatelstvo Vysočiny v roce 2021*. Jihlava, dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/xj/mestske-obyvatelstvo-vysociny-v-roce-2021-z-pohledu-statistiky>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD (2022). *Základní tendence demografického, sociálního a ekonomického vývoje Kraje Vysočina 2021*. Jihlava, dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/185536443/33013222.pdf/2a9d9914-d3d0-4ec4-bd53-54868e788321?version=1.9>.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD (2023). *Výrazný nárůst počtu obyvatel kraje Vysočina*. Jihlava, dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/xj/prvni-tri-ctvrtleti-2023-vyrazny-narust-poctu-obyvatel-kraje>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD (2024). *Nejnovější údaje: Kraj Vysočina 2023*. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/xj/1-xj>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD (2024). *Nezaměstnanost v Kraji Vysočina ke konci roku 2023 výrazně pod republikovým průměrem*. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/xj/nezamestnanost-v-kraji-vysocina-ke-konci-roku-2023-vyrazne-pod-republikovym-prumerem>

HRDÁ, Karolína (2016). *Péče zaměřená na člověka v domově pro seniory*. Místo vydání: Praha, Univerzita Karlova v Praze, Fakulta humanitních studií, dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/81017/120236468.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

HRUBIŠKOVÁ, Markéta (2011). *Komparace systémů sociálních služeb v České republice a na Slovensku*. Místo vydání: Praha: Univerzita Karlova v Praze, Fakulta sociálních věd, dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/35065/120041044.pdf>

KOLDINSKÁ, Kristina, TRÖSTER, Petr (2018). *Právo sociálního zabezpečení*. 7., podstatně přepracované vydání. Academia iuris (C.H. Beck). V Praze: C.H. Beck.

KOLEKTIV AUTORŮ (2015). *Výstupní analytická zpráva o současné situaci a potřebách pečujících osob a bariérách pro poskytování neformální péče v ČR*, dostupné z: https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2018/11/1_V%C3%BDstupn%C3%AD-analytick%C3%A1-zpr%C3%A1va.pdf

KOVAŘÍKOVÁ, Lada (2017). *Návaznost zdravotní a sociální péče pohledem sociálních pracovníků ve zdravotnictví*. Místo vydání: Zlín, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/39662/kova%C5%99%C3%ADkov%C3%A1_2017_dp.pdf

KRAJ VYSOČINA (2021). *Strategie rozvoje Kraje Vysočina 2021-2027*, dostupné z: <https://www.databaze-strategie.cz/cz/vys/strategie/strategie-rozvoje-kraje-vysocina-2021-2027?typ=struktura>

KRAJ VYSOČINA (2022). *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Kraje Vysočina 2023-2025*, dostupné z: https://www.krvysocina.cz/assets/File.ashx?id_org=450008&id_dokumenty=4117155

KRAJ VYSOČINA (nedatováno). *Extranet – Organizační řád a pracovní náplně Krajského úřadu Kraje Vysočina* (dostupné z: <https://extranet.kr-vysocina.cz/organizace>).

KRAJ VYSOČINA (nedatováno). *Extranet – Rejstřík příspěvkových organizací zřizovaných Krajem Vysočina*, dostupné z: <https://extranet.kr-vysocina.cz/rejstrik-organizaci>

KRAJ VYSOČINA (nedatováno). *Projekty*, dostupné z: www.kr-vysocina.cz/projekty/ms-122198/p1=122198

KUBIŠTA, Ivan (2021). *Analýza příspěvku na péči v ČR v letech 2007-2020 se zřetelem na problematiku formální a neformální péče v roce 2020*. Místo vydání: Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze, Národohospodářská fakulta, dostupné z: https://vskp.vse.cz/84690_analyza-prispevku-na-peci-v-cr-v-letech-2007-2020-se-zretelem-na-problematiku-formalni-a-neformalni-pece-v-roce-2020?page=2

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR (2015). *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025*, dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/577769/NSRSS.pdf>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR (2019). *Analýza financování sociálních služeb*, dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Anal%C3%BDza+financov%C3%A1n%C3%AD+soci%C3%A1ln%C3%ADch+slu%C5%BEBeb_2019.pdf

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR (2023). *Tisková zpráva – Na financování sociálních služeb dá MPSV příští rok rekordních 26,4 miliard korun. Další peníze lze získat z evropských zdrojů*, dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/4552532/TZ_financovani_socialnich_sluzeb_20112023.pdf/954cb280-f345-23d0-c4a7-000b30fe54d1

REVUE PRO SOCIÁLNÍ POLITIKU A VÝZKUM (2017). *Pečující osoby a neformální péče: Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016-2025*, dostupné z: https://socialnipolitika.eu/2017/04/pecujici-osoby-a-neformalni-pece-narodni-strategie-rozvoje-socialnich-sluzeb-2016-2025/#_ftn3

ŠIKLOVÁ, Jiřina (2001). *Sociální práce v našem státě od druhé světové války do současnosti*. In: MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Základy sociální práce*. Praha: Portál.

ÚŘAD PRÁCE ČR (2023). *Příspěvek na péči*, dostupné z: www.uradprace.cz/prispevek-na-peci

VAJDOVÁ, Tereza (2005). *Česká občanská společnost 2004: po patnácti letech rozvoje*. Brno: Akademické nakladatelství CERM.

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se upravují některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů*.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. *In: Sbírka zákonů.*

Zákon č. 128/2000 Sb., o obcích. *In: Sbírka zákonů.*

Zákon č. 129/2000 Sb., o krajích. *In: Sbírka zákonů.*

Zákon č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů. *In: Sbírka zákonů.*

Zákon č. 51/2020 Sb., o územně správním členění státu. *In: Sbírka zákonů.*

Seznam používaných zkratk

ČR	Česká republika
NEAR	New Social Services
APSS ČR	Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR
ČSÚ	Český statistický úřad
HDP	hrubý domácí produkt
PAS	porucha autistického spektra
ORP	obec s rozšířenou působností
VŠPJ	Vysoká škola polytechnická v Jihlavě
SRPSS	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Kraje Vysočina 2023-2025

Seznam příloh

1. Rejstřík příspěvkových organizací zřizovaných Krajem Vysočina
2. Sociodemografické ukazatele Kraje Vysočina
3. Ekonomické ukazatele a ukazatele zaměstnanosti
4. Lůžkové kapacity pobytových sociálních služeb, průměrný počet klientů v ambulantních a terénních sociálních službách v Kraji Vysočina v letech 2016-2020
5. Informační listy příkladů dobré praxe

Příloha č. 1 - Rejstřík příspěvkových organizací zřizovaných Krajem Vysočina

OBLAST SOCIÁLNÍ	IČO	Ředitel/ředitelka
<u>Domov bez zámku Náměšť nad Oslavou, příspěvková organizace</u>	71184601	Mgr. Bc. Tučková Petra
<u>Domov Černovice - Lidmaň, příspěvková organizace</u>	70659001	Ing. Pajerová Dana
<u>Domov důchodců Proseč u Pošné, příspěvková organizace</u>	511897	Hormandl Jiří
<u>Domov důchodců Proseč-Obořiště, příspěvková organizace</u>	511901	Havel Richard
<u>Domov Háj, příspěvková organizace</u>	60128054	Ing. Pajerová Dana
<u>Domov Jeřábina Pelhřimov, příspěvková organizace</u>	511676	Mgr. et Bc. Krčál Petr MSc.
<u>Domov Kamélie Křižanov, příspěvková organizace</u>	71184473	Mgr. Tomšíková Silvie MBA
<u>Domov Nové Syrovce, příspěvková organizace</u>	71184597	Ing. Frič Vladimír
<u>Domov pro seniory Havlíčkův Brod, příspěvková organizace</u>	60128071	Ing. Hlaváčková Hana
<u>Domov pro seniory Mitrov, příspěvková organizace</u>	71184449	Mgr. Myslivec Josef
<u>Domov pro seniory Náměšť nad Oslavou, příspěvková organizace</u>	71184520	Ing. Bařinová Věra
<u>Domov pro seniory Třebíč - Manželů Curieových, příspěvková organizace</u>	71184562	Mgr. Malásková Zuzana
<u>Domov pro seniory Třebíč, Koutkova - Kubešova, příspěvková organizace</u>	71184538	Mgr. Krupičková Kamila
<u>Domov pro seniory Velké Meziříčí, příspěvková organizace</u>	71184465	Mgr. Kubátová Šárka
<u>Domov ve Věži, příspěvková organizace</u>	60128089	Ing. Frič Vladimír
<u>Domov ve Zboží, příspěvková organizace</u>	60128097	Ing. Bc. Procházka Josef
<u>Psychocentrum - manželská a rodinná poradna Kraje Vysočina, příspěvková organizace</u>	71197435	Mgr. Freiwaldová Marie
<u>Sociální centrum Kraje Vysočina, příspěvková organizace</u>	75002779	PaedDr. Matějková Martina
OBLAST ZDRAVOTNÍ	IČO	Ředitel/ředitelka
<u>Dětské centrum Jihlava, příspěvková organizace</u>	380695	MUDr. Ryglová Ivana
<u>Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace</u>	179540	Mgr. Rezničenko David
<u>Nemocnice Jihlava, příspěvková organizace</u>	90638	MUDr. Velez Lukáš MHA
<u>Nemocnice Nové Město na Moravě, příspěvková organizace</u>	842001	JUDr. Palečková Věra
<u>Nemocnice Pelhřimov, příspěvková organizace</u>	511951	MUDr. Houser Jaroslav
<u>Nemocnice Třebíč, příspěvková organizace</u>	839396	Ing. Tomášová Eva
<u>Trojlístek – centrum pro děti a rodinu Kamenice nad Lipou, příspěvková organizace</u>	70520283	Ing. Hájková Šárka DiS.
<u>Zdravotnická záchraná služba Kraje Vysočina, příspěvková organizace</u>	47366630	Ing. Filová Vladislava

Příloha č. 2 – Sociodemografické ukazatele Kraje Vysočina

UKAZATEL	Oblast	Data k...	Celkové údaje	Muži	Ženy	Zdroj
POČET OBYVATEL REGIONU	Celkový počet obyvatel Kraje Vysočina	12/23	517 598	256 841	260 757	ČSÚ
HUSTOTA OBYVATELSTVA	Počet obyvatel na km ²	10/22	74,2 obyvatele na km ²	-	-	
HRUBÁ MÍRA PORODNOSTI	Poměr počtu narozených v průměrné populaci, vyjádřený na tisíc obyvatel	2019	1,82			SPRSS
HRUBÁ MÍRA ÚMRTNOSTI	Poměr počtu zemřelých v průměrné populaci, vyjádřený na tisíc obyvatel	2020	12,7			SPRSS
KOJENECKÁ ÚMRTNOST	Počet zemřelých dětí do jednoho roku ve srovnání s živě narozeným	2021	V roce 2021 zemřelo 19 dětí do 1 roku			ČSÚ
NADĚJE DOŽITÍ	Střední délka života	2021		76,2 let	81,9 let	ČSÚ
POBÝVAJÍCÍ CIZINCI ČISTÁ MÍRA MIGRACE	% rezidentních cizinců na celkovém počtu rezidentů	2020	12 891 cizinců			SPRSS
MIGRAČNÍ ROVNOVÁHA	rozdíl mezi počtem zahraničních imigrací a počtem zahraničních migrací na 1 000 obyvatel					
MÍRA INVALIDITY	% osob s úředně uznaným zdravotním postižením na celkové populaci	2018	13% celá ČR			ČSÚ
INDEX STÁRNUTÍ	poměr obyvatel ve věku 64 let k obyvatelům do 20 let vyjádřený v %, tj. počet osob ve věku 65 a více let na 100 dětí ve věku 0–14 let	2021	V roce 2021 na 100 dětí připadalo 134 osob starší 65 let	Na 100 chlapců připadlo 113 mužů starších 65 let	Na 100 děvčat připadlo 157 žen starších 65 let	SPRSS
INDEX NADMĚRNÉHO STÁRNUTÍ	podíl obyvatel ve věku 84 a více v %, tj. počet osob ve věku 85 a více let na 100 ve věku 65 a více let					
MÍRA GRAMOTNOSTI	% negramotných v celkové populaci	2023	Méně než 1 % obyvatel			

Pozn.: ČSÚ – Český statistický úřad; SPRSS – Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Kraje Vysočina

Příloha č. 3 – Ekonomické ukazatele a ukazatele zaměstnanosti

UKAZATEL	Oblast	Data k...	Celkové údaje	Muži	Ženy	Zdroj
HRUBÝ DOMÁCÍ PRODUKT NA OSOBU (HDP)	<i>ekonomický ukazatel, který měří vztah mezi úrovní příjmů země a jejím obyvatelstvem</i>	2022	474 282			ČSÚ
INDEX SPOTŘEBITELSKÉ CENY	<i>ukazatel měřící inflaci spotřebitelských cen v eurozóně</i>	2023	6,9 pro celou ČR			ČSÚ
MÍRA ZAMĚSTNANOSTI (DLE POHLAVÍ)	<i>podíl mezi celkovým počtem zaměstnaných a populací ve věku 16 let a více</i>	2022	75 %	81,2 %	68,5 %	
MÍRA NEZAMĚSTNANOSTI (DLE POHLAVÍ)	<i>% týkající se lidí, kteří jsou nezaměstnaní, na základě aktivní populace členění podle pohlaví</i>	2023	3,05 %	2,9 %	3,2 %	ČSÚ
MÍRA DLOUHODOBÉ NEZAMĚSTNANOSTI	<i>Nezaměstnané osoby, které hledaly práci po dobu alespoň dvanácti měsíců a v tomto období nepracovaly, jako procento z celkového počtu aktivních obyvatel (zaměstnaných plus nezaměstnaných)</i>					
MÍRA NEZAMĚSTNANOSTI DO 29 LET	<i>počet nezaměstnaných mladých lidí (15-29 let) vydělený pracovní silou mládeže</i>	2023	43,7 % celá ČR			ČSÚ
NEET %	<i>(nezaměstnaná mládež a neúčastníci se vzdělávání a odborné přípravy ve věku 15 až 34 let) z celkového počtu mladých lidí ve věku 15 až 34 let</i>	2016	7,5 %			ČSÚ

AROPE DAŇ	<i>indikátor AROPE (At Risk Of Poverty and/or Exclusion) je ukazatel, který měří osoby ohrožené sociálním vyloučením a chudobou.</i>	2017	11,8 % celá ČR			ČSÚ
GINI INDEX	<i>Gini index zohledňuje rozdělení mezi všechny příjmové vrstvy a kvantifikuje koncentraci příjmů</i>	2020	26,2 % celá ČR			The World Bank

Pozn.: ČSÚ – Český statistický úřad

Příloha č. 4 - Lůžkové kapacity pobytových sociálních služeb, průměrný počet klientů v ambulantních a terénních sociálních službách v Kraji Vysočina v letech 2016-2020

Tabulka č. 1: Lůžkové kapacity sociálních služeb v letech 2016–2020 v Kraji Vysočina (pobytové sociální služby)

Druh služby	2016	2017	2018	2019	2020	Trend
domovy pro seniory	2 044	1 999	1 943	1 921	1 890	▼ -154
domovy se zvláštním režimem	628	667	730	860	979	▲ 351
domovy pro osoby se zdravotním postižením	570	571	565	555	555	▼ -15
chráněné bydlení	164	184	184	199	199	▲ 35
odlehčovací služby	43	55	57	58	58	▲ 15
sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče	57	57	57	57	57	= 0
služby následné péče	19	21	25	29	19	= 0
azylové domy	106			120	127	▲ 21
týdenní stacionáře	40	40	40	40	40	= 0
domy na půl cesty	2			8	8	▲ 6
terapeutické komunity		16	16	16	16	▲ 16

Zdroj: Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Kraje Vysočina 2023-2025

Tabulka č. 2: Průměrný počet klientů za rok v letech 2016–2020 v Kraji Vysočina (ambulantní sociální služby)

Druh služby	2016	2017	2018	2019	2020	Trend
centra denních služeb	85,1	128,3	119,1	106,8	92,3	▲ 7,2
denní stacionáře	896,9	1 016,8	742,5	764,9	625,0	▼ -271,9
intervenční centra	19,7			27,7	24,3	▲ 4,6
kontaktní centra	78,3	116,8	137,9	128,4	106,5	▲ 28,2
krizová pomoc	5,6	41,3	38,0	49,3	58,2	▲ 52,6
nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	810,3	790,1	675,3	659,9	405,7	▼ -404,6
odlehčovací služby	37,9	31,4	28,6	27,6	25,4	▼ -12,5
pečovatelská služba	499,8	439,9	443,3	406,8	345,7	▼ -154,1
raná péče	100,9	102,5	105,8	120,7	127,9	▲ 27
služby následné péče	13,8	18,5	17,8	17,1	6,5	▼ -7,3
sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	77,3	107,6	96,8	126,9	107,8	▲ 30,5
sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	94,2	100,7	94,1	99,7	44,3	▼ -49,9
sociálně terapeutické dílny	75,1	22,9	8,0	83,4	74,3	= -0,8
sociální rehabilitace	109,3	68,7	73,4	502,1	487,4	▲ 378,1
tlumočnické služby	51,0	63,4	72,5	76,6	63,3	▲ 12,3
odborné sociální poradenství	1 662,0	2 575,2	2 716,6	2 574,4	2 038,8	▲ 376,8

Zdroj: Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Kraje Vysočina 2023-2025

Tabulka č. 3: Průměrný počet klientů za rok v letech 2016–2020 v Kraji Vysočina (terénní sociální služby)

Druh služby	2016	2017	2018	2019	2020	Trend	
intervenční centra	0,2			1,8	0,9	=	0,7
kontaktní centra	102,3	117,6	114,5	135,3	121,2	▲	18,9
nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	205,8	328,1	278,9	290,8	304,9	▲	99,1
odborné sociální poradenství	58,3	76,6	84,7	74,7	83,1	▲	24,8
odlehčovací služby	73,8	115,1	123,6	157,5	195,2	▲	121,4
osobní asistence	184,2	192,9	230,3	267,5	260,1	▲	75,9
pečovatelská služba	7 590,9	4 710,3	4 871,5	4 969,1	4 444,8	▼	-3146,1
průvodcovské a předčitatelské služby	11,9	13,5	14,2	14,6	6,8	▼	-5,1
raná péče	115,2	142,4	156,0	164,3	163,0	▲	47,8
sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	88,6	235,5	271,3	365,2	394,1	▲	305,5
sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	60,8	43,9	46,1	51,6	18,6	▼	-42,2
sociální rehabilitace	21,5	57,8	123,8	376,7	364,6	▲	343,1
telefonická krizová pomoc	20,4	157,0	167,9	142,2	122,7	▲	102,3
terénní programy	266,5	324,5	209,9	239,6	113,0	▼	-153,5
tísňová péče	79,9	123,1	124,2	121,3	114,0	▲	34,1
tlumočnické služby	73,3	71,5	69,7	72,3	60,3	▼	-13

Zdroj: Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Kraje Vysočina 2023-2025

Příloha č. 5 – INFORMAČNÍ LISTY PŘÍKLADŮ DOBRÉ PRAXE

1. Podpora neformálním pečujícím v péči o jejich blízké
2. Nová pravidla spolupráce na sociálně zdravotním pomezí v Kraji Vysočina
3. Transformace sociálních služeb pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením –
případ Domov Háj, příspěvková organizace
4. Zapojení peer lektorů se zkušeností s duševním onemocněním do vzdělávání v oblasti
péče o duševní zdraví
5. Vzdělávací program Virtuální realita – demence

Název praxe	PODPORA NEFORMÁLNÍM PEČUJÍCÍM V PÉČI O JEJICH BLÍZKÉ	
Odpovědný subjekt		
Země:	Česká republika	
Region:	Region Vysočina	
Město:	Jihlava	
Název organizace:	Krajský úřad Kraje Vysočina	
Přehled		
Rozsah intervence	Zaměstnanost ☐ Závislost ☐ Sociální začlenění ☐	Dětství ☐ Lidé se zdravotním postižením ☒ Senioři ☒ Ostatní ☐
Zeměpisná působnost	Národní ☐ Regionální ☒ Místní ☐	
Umístění praxe	Země	Česká republika
	Region	Kraj Vysočina
	Město	Kraj Vysočina
Podrobné informace		
Stručné shrnutí praxe	Neformální péče není v rámci ČR systémově ukotvena, informace jsou roztržité, není podpora pečujících jak informační, tak ve formě vzdělávání nebo psychohygieny. Podpora neformálních pečujících řešena nesystémově, na individuální bázi bez zajištěné udržitelnosti a bez znalosti potřeb těchto osob. Ti se často dostávají do izolace – informační, věcné, ale i ryze faktické. Pečující jsou nezřídka celodenně zavřeni ve svých domovech, bez dostatečných informací o tom, na co mají nárok, jak je možné pečovat s využitím kompenzačních a dalších pomůcek, neznají efektivní konkrétní metody pečovatelských úkonů, aktivizace pečovaných osob i metody duševní hygieny pro sebe samé. Izolovanost bez možnosti informací, vzájemného sdílení, pomoci, rady, vzdělávání v péči vede ke zhoršení psychického i zdravotního stavu pečujících.	

Podrobné informace o praxi	Cílem aktivit je pomoci snížit psychickou i fyzickou zátěž, vedoucí ke zlepšení kvality života neformálně pečujících i osob, které péči potřebují. Velice často se tito lidé potýkají se stresem, vyčerpáním, příjmovou chudobou, omezeným sociálním kontaktem i nedostatkem volného času. Neformální pečující pro nás představují velice významnou a početnou skupinu lidí, kteří se dokáží postarat o závislé osoby v domácím prostředí. Uvědomujeme si však náročnost této péče, která je někdy rodinným příslušníkům či blízkým poskytována jednou osobou i 24 hodin denně. Je pak lehké bez podpory a pomoci sklouznout do úplného vyčerpání. A tomu bychom chtěli předejít. Ve všech bývalých okresních městech probíhají komunitní setkávání lidí, kteří pečují o své blízké. Otevírá se pro ně možnost sdílení vlastních zkušeností s ostatními a zároveň získání účinné pomoci a opory od členů s podobnou zkušeností. Mnoho pečujících oceňuje tuto možnost, jak se zbavit bezmoci, adaptovat se na změnu podmínek a změnit svou zdánlivě bezvýchodnou situaci. Vítají příležitost vzájemně se podělit o pocity související s vyčerpávající péčí o člena rodiny, možnost vypovídat se ze své bolesti a alespoň na čas uniknout z napjaté atmosféry. Pravidelný sociální kontakt, který svépomocné skupiny poskytují, bude vítanou vzpruhou pro všechny, kteří věnují většinu svého času péči o své blízké. Poradna s názvem „Vysočina pečuje“ se zaměřuje na pečující osoby a bezplatně nabízí podporu všem, kteří pečují o své blízké v domácím prostředí, na péči se připravují nebo sami potřebují péči zajistit. Těmto osobám poskytuje individuální sociální poradenství, podporu při sociálním začleňování, pomoc s výběrem a zajištěním kompenzačních pomůcek či informace o sociálních dávkách, které mohou na péči čerpat. Kraj Vysočina dále pořádá semináře a webináře pro všechny osoby, které pečují o svého blízkého. Jedná se, o opakující se moduly, které budou zaměřeny na zvyšování dovedností péče, informovanosti z oblasti dávkového systému, oblasti komunikace, zdravotní péče, psychohygieny atd. Jedním ze seminářů bude ověření funkčnosti prostředí virtuální reality, které bude zaměřeno na snížení napětí, stresu a vyčerpání neformálních pečovatelů. Semináře jsou zdarma. Témata seminářů a webinářů: ▪ Nácvikové kurzy – první pomoc, ošetřování ▪ Modely a způsoby péče a manipulace ▪ Komunikace s osobou, o kterou se pečuje ▪ Bezpečnost ▪ Duševní hygiena a psychohygiena Zapojení neformálních pečujících do úpravy sítě sociálních služeb v Kraji Vysočina – Kraj Vysočina pořádá setkání rodičů, kteří pečují o dítě s postižením. Rodiče mohou vyjádřit své zkušenosti a názory týkající se péče o postižené dítě a tím přispět k analýze systému péče o tyto děti v kraji Vysočina. Cílem je zlepšení fungování celého systému péče a podpory v budoucnu. Hlavními zúčastněnými stranami a příjemci praxe
--	---

	jsou klienti dlouhodobé péče, neformální pečující a sociální pracovníci poradny.	
Potřebné zdroje	finanční prostředky nebo finanční zdroje: cca 0,5 milionu Kč na vzdělávání v metodách práce zaměřených na člověka lidské zdroje potřebné k zavedení a provádění praxe: koordinátor aktivit pro pečující, lektori, facilitátoři	
Časová osa	Začátek	1.4. 2020
	Konec	stále běží
Důkazy o úspěchu (dosažené výsledky)	Z komunikace s poskytovateli sociálních služeb, kteří se touto oblastí zabývají, jasně vyplývá přínos této činnosti: - pečující získávají porozumění a podporu, bez předsudků a odsudků, se kterými se často setkávají ve svém okolí, - mohou vyjádřit a sdílet svůj názor, ale i obavy a nesnáze, se kterými se setkávají, - pro pečující je důležitá vzájemná podpora, pomoc, od ostatních mohou získat náhled na svoji vlastní situaci, - významné je vyvážení a navazování nových vztahů, vzájemné síťování mezi pečujícími. Jedná se tak o významnou prevenci sociální izolovanosti, která nezřídka vede k závažným psychickým, ale i jinak zdravotním problémům. Kurzy byly v druhém pololetí jejich realizace kapacitně naplněny, zájem byl stabilní, zpětná vazba pozitivní. Zájem o tuto platformu byl potvrzen i z dotazníkového šetření, které bylo ve IV. čtvrtletí roku 2022 zrealizováno na webu www.vysocinapecuje.cz.	
Vyskytnuté problémy	Důležitá je stabilní politická podpora systémové pomoci pro pečující. Nutnost zajištění další udržitelnosti, vč. garance financí.	
Potenciál učení nebo přenosu	Potenciál přenosu této dobré praxe je velmi vysoký. Situace neformálních pečujících není v ČR systémově dlouhodobě řešena. Odhaduje se, že 70-90 % dlouhodobé péče v ČR je poskytováno neformálními pečujícími, tj. zejména rodinou, blízkými či známými klientů. Tato neformální péče je pro systém sociálních služeb nepostradatelná, přesto není nikde legislativně ukotvena, neformální pečující nejsou finančně ohodnoceni, nemají požadované informace o způsobu poskytování péče, jsou vyčerpaní apod. Tato situace panuje napříč celou ČR, proto tento projekt může přinést pozitivní zkušenosti, které mohou být dále přeneseny do ostatních krajů ČR.	
Další informace	https://www.youtube.com/watch?v=-sSiy04Y-c&list=PLStx_5khqccajaiNdfCXU9p0ZctWOkopg https://www.kr-vysocina.cz/socialne%2Dzdravotni%2Dpomezi/ds-304286/p1=122196 https://www.facebook.com/krajvysocina	

Název praxe	NOVÁ PRAVIDLA SPOLUPRÁCE NA SOCIÁLNĚ ZDRAVOTNÍM POMEZÍ V KRAJI VYSOČINA	
Odpovědný subjekt		
Země:	Česká republika	
Region:	Region Vysočina	
Město:	Jihlava	
Název organizace:	Krajský úřad Kraje Vysočina	
Přehled		
Rozsah intervence	Zaměstnanost ☐ Závislost ☐ Sociální začlenění ☐	Dětství ☐ Lidé se zdravotním postižením ☒ Senioři ☒ Ostatní ☐
Zeměpisná působnost	Národní ☐ Regionální ☒ Místní ☐	
Umístění praxe	Země	Česká republika
	Region	Kraj Vysočina
	Město	Kraj Vysočina
Podrobné informace		
Stručné shrnutí praxe	Systémová změna v obsahu a distribuci služeb sociálně zdravotního pomezí; byl pilotně vyzkoušen nový model poskytování dlouhodobé péče, který je zaměřen na individuální péči o člověka.	
Podrobné informace o praxi	Roztříštěnost, nesourodost a nepropojenost sociálního a zdravotního sektoru způsobuje problémy při přechodu klientů mezi těmito dvěma systémy tzv. sociálně zdravotní pomezí. Chybí koordinace služeb a pracovníci obou sektorů nejsou vzájemně dostatečně informováni, nedostatečná kapacita služeb, sociální i zdravotní rizika osob, které jsou na tyto dva systémy péče odkázány. V Kraji Vysočina funguje řešitelský tým pro řešení situace těžko umístitelných klientů. Pracuje na multidisciplinárním principu, jeho součástí jsou kompetentní zástupci Kraje Vysočina, poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb, sociální pracovníci obcí, experti na specifika cílové skupiny apod. Cílem je nejen vyřešit individuální situaci klienta, ale rovněž nastavit systémová opatření pro typizované "problémové" cílové skupiny. Prostřednictvím aktualizovaného procesu – podmínek přijímání klientů je celý systém zefektivněn a ztransparentněn. Součástí jsou sjednocené formuláře <i>Žádostí o poskytnutí sociální pobytové služby a Vyjádření lékaře</i>, aktualizovaná <i>Pravidla přijímání klientů</i> vč. zapojení do nové on-line evidence klientů, čekatelů a žadatelů, která umožní identifikovat duplicity žádostí, sdílet informace o žadatelích, změnách	

jejich stavu. Velký prostor je věnován kvalitnímu a včasnému poskytnutí sociálního poradenství žadateli, tj. i jeho včasné nasměrování na vhodný typ kombinace služeb, které mu zajistí nejvyšší možnou kvalitu života a možnost setrvání ve svém domácím prostředí co nejdéle. Zřizovatel sociálních pobytových služeb má zároveň přesné informace o poptávce po těchto službách, tedy může plánovat a rozvíjet služby na základě přesných dat a potřebnosti. Zdravotně sociální pracovníci jsou nově v úzkém kontaktu se sociálními pracovníky poskytovatelů, zrychlují proces umístění.

Díky nastavené systémové spolupráci je nově realizováno opatření, kdy zdravotně sociální pracovníci nemocnic informují sociální pracovníky obcí v případě, že propouští klienta, který prozatím odmítá zajištění dalších návazných terénních či ambulantních služeb a u nějž je shledáno riziko, že to ve svém domácím prostředí sám nezvládne. Sociální pracovník obce je o situaci informován a může včas ověřit, zda propuštěný pacient potřebuje pomoci nebo po návratu vše zvládá sám.

Dalším funkčním nástrojem je posílení pozic zdravotně sociálních pracovníků nemocnic, včetně jejich zapojení do multidisciplinárních týmů při řešení nejtěžších případů klientů, jejich prosíťování se sociálními pracovníky obcí a poskytovatelů a jejich vzdělávání v oblasti sociální i zdravotní. Díky tomu vzrostl počet „obsloužených, tedy podchycených“ pacientů o více než 100 %, pacienti jsou kontaktováni už na akutních lůžkách, a ne až ve chvíli jejich umístění na lůžka dlouhodobé péče, tj. na oddělení dlouhodobě nemocných. Pokud je s pacienty a jejich rodinami situace řešena včas, je možné naplánovat, objednat potřebné služby, pomoci nasměrovat rodinu na poskytovatele, dávkový systém, kompenzační pomůcky aj. tak, aby při propuštění byli všichni na nastalou situaci dostatečně připraveni.

Záchyt pacientů nemocnic s potřebou sociální práce – poradenství je také řešen systémově automatizovaným zasíláním tohoto požadavku do ambulancí zdravotně sociálních pracovníků. Automaticky je generována žádanka u těch pacientů, kterým při ošetřovatelské anamnéze na příjmu vyjde vysoká míra závislosti.

Právě nedostatečná informovanost veřejnosti, ať už klientů, tak neformálních pečujících, byla podnětem k vytvoření nového **Portálu sociálně zdravotního pomezí**, kterým je webová aplikace www.vysocinapecuje.cz. Ta je určena pro všechny obyvatele kraje, kteří se ocitli v situaci, kdy potřebují pro sebe nebo své blízké zajistit odpovídající sociální či zdravotní péči. Nově je tato webová stránka představena formou filmového příběhu v novém video-spotu na výše uvedené webové stránce i na sociálních platformách Kraje Vysočina. V tomto roce pak na webu přibude nabídka bezplatných vzdělávacích seminářů a kurzů pro tzv. neformální pečující, tj. ty, kdo o své blízké doma pečují a často jim chybí informace, možnosti úlevy či sdílení.

Case manager – aktivně vyhledává klienty dlouhodobé péče a jejich pečující, poskytuje jim sociální poradenství, modeluje a nabízí možnost a kombinaci terénních a zdravotních služeb, možnosti odlehčovacích a dalších podpůrných služeb (dávkový systém, vzdělávací kurzy, podpůrné skupiny, apod.)

	Důležitou oblastí je nastavení optimální sítě terénních sociálních služeb. Proběhla hloubková analýza a návrh opatření k docílení pokrytí celého kraje Vysočina touto klíčovou službou. Hlavní zúčastněné strany a příjemci praxe jsou poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb, zdravotně sociální pracovníci nemocnic a psychiatrických nemocnic, klienti dlouhodobé péče, neformální pečující, zřizovatelé sociálních a zdravotních služeb.
Potřebné zdroje	▪ finanční prostředky nebo finanční zdroje: cca 30 milionu Kč na převážně lidské zdroje a na posílení vzdělávání v metodách práce zaměřených na komunitu na člověka ▪ lidské zdroje potřebné k zavedení a provádění praxe: posílení sociální práce ve zdravotních zařízeních a na obcích
Důkazy o úspěchu (dosažené výsledky)	Činnost koordinátorů pomoci v nemocnicích má nesporný přínos. Z výstupů projektu vyplývá, že prostřednictvím cílených intervencí se v nemocnicích podařilo zajistit vyšší míru podpory pacientům než před zahájením projektu. Před realizací projektu zdravotně sociální pracovníci obsloužili průměrně v 1 nemocnici 45 pacientů za měsíc na pracovníka. Díky nově zřízeným pozicím koordinátorů pomoci v nemocnicích a jejich působení se počet pacientů v závěrečném období v průměru za měsíc zvýšil na 126 v 1 nemocnici, což je skoro trojnásobné navýšení. V případě sledovaných počtů intervencí se počet skoro 4x zvýšil. Před projektem to bylo 197 intervencí v průměru za nemocnici, nyní počet intervencí dosahoval čísla 761. Průměrný počet intervencí na zdravotně sociálního pracovníka měsíčně v 1 nemocnici před zahájením projektu byl 114, v posledním období to bylo 383 intervencí za měsíc a nemocnici. Jedná se o trojnásobné navýšení od zahájení projektu. Stejně tak počet intervencí na pracovníka a den se zvýšil v posledním sledovaném období z 6 na 19 a počet pacientů na pracovníka se navýšil z počtu 29 na 68 obsloužených pacientů. Obdobný trend byl zaznamenán i u měsíčních počtů obsloužených pacientů na sociální zdravotním pomezí, které se na začátku projektu pohybovaly kolem hodnoty 250. Od července 2020 počet osciluje mezi hodnotami 450–550 pacientů, přičemž vykazuje mírný růst.
Vyskytnuté problémy	Důležitá je stabilní politická podpora zvýšeným úvazkům a nákladům na vzdělávání pro sociální pracovníky zdravotních a sociálních zařízení. Nutnost zajištění další udržitelnosti, včetně garance financí.
Potenciál učení nebo přenosu	Posílení sociální práce v nemocnicích skrze vzdělávací semináře zaměřené na komunitní přístup, kterých se účastní zástupci nemocnic, poskytovatelů sociální pobytové péče, sociální terénní péče, zřizovatelů a obcí má jednoznačné výsledky v kvalitnějším přístupu ke klientům a pečujícím, významně urychluje řešení tíživé situace klientů a zkvalitňuje životní úroveň potřebných.

Další informace	▪ www.vysocinapecuje.cz ▪ https://www.youtube.com/watch?v=-sSiy04Y-c&list=PLStx_5khqqcajaiNdfCXU9p0ZctWOkopg ▪ https://www.kr-vysocina.cz/socialne%2Dzdravotni%2Dpomezi/ds-304286/p1=122196 ▪ https://www.facebook.com/krajvysocina
------------------------	---

Název praxe	TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO OSOBY S MENTÁLNÍM A KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM – případ Domova Háj, příspěvková organizace	
Odpovědný subjekt		
Země:	Česká republika	
Region:	Region Vysočina	
Město:	Jihlava	
Název organizace:	Krajský úřad Kraje Vysočina	
Přehled		
Rozsah intervence	Zaměstnanost ☐ Závislost ☐ Sociální začlenění ☐	Dětství ☐ Lidé se zdravotním postižením ☒ Senioři ☐ Ostatní ☐
Zeměpisná působnost	Národní ☐ Regionální ☐ Místní ☒	
Umístění praxe	Země	Česká republika
	Region	Kraj Vysočina
	Město	Světlá nad Sázavou, Ledeč nad Sázavou, Havlíčkův Brod, Chotěboř, Golčův Jeníkov
Podrobné informace		
Stručné shrnutí praxe	Domov Háj, prošel transformačním procesem – změnou způsobu poskytování sociálních služeb z ústavního na komunitní. Podpořeni byli jak klienti, tak pracovníci v sociálních službách a management organizace za účelem úspěšné změny modelu péče na přístup orientovaný na člověka.	
Podrobné informace o praxi	Domov Háj byl typickým příkladem poskytovatele sociálních služeb ústavního charakteru. Kraj Vysočina, jakožto zřizovatel této příspěvkové organizace, zahájil proces transformace sociálních služeb v rámci, kterého vznikly pobytové a ambulantní služby komunitního charakteru. Dobrá praxe spočívala v realizaci několika na sebe navazujících “měkkých” projektů podpořených z Evropského sociálního fondu, které pomohly uskutečnit správné provedení transformačního procesu u celé organizace, včetně podpory sociálního začleňování klientů v lokalitách vzniku komunitních sociálních služeb. Klienti žijící v ústavu a stejně tak pracovníci v přímé péči a ostatní pracovníci podléhají institucionalizaci – přizpůsobují se prostředí a provozním požadavkům organizace na úkor vlastních potřeb, ústavní organizace z principu omezuje individualizovanou sociální péči. Klienti jsou segregováni, sociálně vyloučení, nedokáží se orientovat v běžném životě, nerozvíjí své dovednosti a schopnosti. Ústavní služby jsou	

	pozůstatkem centralizovaných modelů sociální péče a dědictvím komunistické éry. Úspěch dobré praxe Domova Háj spočíval na několika základních pilířích: ▪ seznámit se s filozofií a základními principy komunitní péče a s modely péče zaměřenými na člověka – vzdělávání, ▪ seznámit se s dobrou praxí poskytovatelů sociální péče, které již mají proces transformace úspěšně za sebou, ▪ zpracování vlastního transformačního plánu – základní strategický dokument změny, ▪ motivace klientů a opatrovníků ke změně způsobu poskytování služby – důraz na individuální zájmy a potřeby každého klienta, ▪ vedení a sledování transformačního procesu – supervize, konzultace, evaluace, ▪ praktické nácviky činností klientů se zaměstnanci (od “cvičných domácností” po přestěhování do nových komunitních domácností). Účastníci a podpořené skupiny: ▪ klienti, jejich opatrovníci a rodinní příslušníci ▪ stávající a noví zaměstnanci organizace v přímé péči (pracovníci v sociálních službách, sociální pracovníci, zdravotnický personál) ▪ management organizace.
Potřebné zdroje	4 projekty podpořené z Evropského sociálního fondu: ▪ Operační program zaměstnanost: 3 ukončené projekty – 14 805 000 Kč, ▪ Operační program Zaměstnanost Plus: 1 projekt, v realizaci – 9 000 000 Kč. Pro řízení a administrativu projektů byl vybrán širší tým pracovníků, kteří zajišťovali naplňování dílčích aktivit.
Časová osa	Začátek: říjen 2016
	Konec: stále probíhá
Důkazy o úspěchu (dosažené výsledky)	Podpořeno bylo v průběhu 7 let zhruba 70 klientů a více než 100 zaměstnanců organizace (přímá péče i management), většina opakovaně. Pozitivní výsledky ilustrují výstupy některých klíčových aktivit projektů – Transformační plán, Evaluace transformačního procesu, Metodika transformačního procesu, Zhodnocení změn v poskytovaných službách
Vyskytnuté problémy	Realizace výše popsanych aktivit se doplňovala s investiční fází, které vznikaly díky podpoře z Evropského fondu pro regionální rozvoj (Integrovaný regionální operační program) – vzájemná závislost a

	propojení harmonogramů “tvrdých a “měkkých” projektů. Jednalo se o natolik velkou změnu ve způsobu poskytování péče, že bylo nutné veškeré kroky opakovaně vysvětlovat všem zainteresovaným skupinám, než bylo dosaženo celkové shody, včetně odborné i laické veřejnosti v místech dotčených transformací.
Potenciál učení nebo přenosu	Domov Háj prošel úspěšnou a kompletní transformací celé organizace ve velmi krátkém čase. Svůj podíl na tom měla zainteresovanost vedoucích pracovníků na celém procesu (ředitelka organizace, vedoucí pobytových služeb, sociální pracovníci atd.), tento entuziasmus se podařilo přenést na ostatní zaměstnance i klienty. V rámci kraje Vysočina se nejedná o jedinou organizaci, která prošla transformací – jde o celonárodní proces, do kterého se v Kraji Vysočina zapojilo již více než 5 organizací. Vznikly komunitní služby pro více než 300 klientů v pobytové péči a kapacity pro více než 100 klientů v ambulantní péči. Organizace velmi dobře tlumočí nový způsob poskytování péče navenek, čímž usnadňuje klientům sociální začleňování do běžné společnosti. Pomáhá jim nacházet nové role a prožít život tak, aby se omezil vliv hendikepu. Zaměstnanci Domova Háj svoji zkušenost nyní přenášejí na další organizace v regionu, které transformačním procesem teprve prochází. Dobrá praxe Domova Háj je komplexní, zahrnuje všechny oblasti nezbytné pro zvládnutí náročného transformačního procesu.
Další informace	▪ http://www.trass.cz/ ▪ https://www.domovhaj.cz/

Název praxe	ZAPOJENÍ PEER LEKTORŮ SE ZKUŠENOSTÍ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM DO VZDĚLÁVÁNÍ V OBLASTI PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ	
Odpovědný subjekt		
Země:	Česká republika	
Region:	Region Vysočina	
Město:	Jihlava	
Název organizace:	Vysoká škola polytechnická Jihlava (VSPJ), katedra sociální práce	
Přehled		
Rozsah intervence	Zaměstnanost ☐ Závislost ☐ Sociální začlenění ☐	Dětství ☐ Lidé se zdravotním postižením ☐ Senioři ☐ Ostatní ☒ - duševní onemocnění
Zeměpisná působnost	Národní ☒ Regionální ☐ Místní ☐	
Umístění praxe	Země	Česká republika
	Region	Kraj Vysočina
	Město	Jihlava
Podrobné informace		
Stručné shrnutí praxe	Zapojení peer lektorů se zkušeností s duševním onemocněním do výuky má za cíl destigmatizovat duševní onemocnění a přinést osobní rozvoj studentů.	
Podrobné informace o praxi	Lidé s duševním onemocněním se často setkávají se stigmatizací, zejména ze strany profesionálních poskytovatelů péče o duševní zdraví. Zapojení peer lektorů s vlastní zkušeností s duševním onemocněním do výuky ve VSPJ, která zajišťuje vzdělávání zdravotnických a sociálních pracovníků, přináší řadu výhod pro všechny zúčastněné: ▪ mění postoje studentů, ▪ přibližuje jim konkrétní problémové situace, ▪ má destigmatizační efekt, ▪ přináší osobní rozvoj studentům i samotným lektorům. Odborní peer lektoři představují studentům nejnovější poznatky a trendy v péči o duševní zdraví a vědomě využívají vlastní zkušenosti s duševním onemocněním ve prospěch ostatních. Jsou živým důkazem toho, že zotavení je možné. Participativní výuka je navíc v souladu s Vancouverskou deklarací, která klade důraz na zapojení pacientů do vzdělávání. V některých zemích (např. ve Velké Británii) je tento inovativní přístup povinný při vzdělávání sociálních pracovníků. V letech	

	2013/2014 bylo v České republice vyškoleno prvních 10 peer lektorů v rámci projektu „Zapojení uživatelů péče do vzdělávání v oblasti péče o duševní zdraví“. Díky tomu bylo možné zavést participativní výuku také na VSPJ. Od roku 2017 je tak v rámci studia oboru Zdravotně sociální pracovník výuka s peer lektory součástí povinného předmětu Základy psychiatrie a psychopatologie, který musí absolvovat všichni studenti tohoto oboru. VSPJ zajišťuje také kurzy pro širší veřejnost.
Potřebné zdroje	Finanční zdroje: ▪ ESF: Zapojení uživatelů péče do vzdělávání v oblasti péče o duševní zdraví ▪ EEA: Inovace a rozvoj kurzů duševního zdraví ▪ VSPJ Lidské zdroje: ▪ Centrum pro rozvoj duševního zdraví: 2 zkušení peer lektoři ▪ Odborní lektoři VSPJ ▪ Koordinátor ▪ Spolupráce s Masarykovou univerzitou
Časová osa	Začátek: 2017
	Konec: stále probíhá, kurzy se vyučují každý akademický rok
Důkazy o úspěchu (dosažené výsledky)	Články: ▪ <i>Zkušenosti se zaváděním peer lektorů do vzdělávání v oblasti duševního zdraví</i>, Vzdělávání v oblasti sociální práce ▪ <i>Stigmatizace osob s duševním onemocněním u studentů oboru Klinický sociální pracovník</i>, Klinická sociální práce a zdravotní intervence ▪ <i>Pochopení dopadu rolí odborníků na základě zkušeností ve vzdělávání v oblasti duševního zdraví</i>, Vzdělávání sester dnes V roce 2017 se kurzů s peer lektory zúčastnilo přibližně 560 lidí.
Vyskytnuté problémy	Náročné je: ▪ mít systematickou finanční podporu ▪ udržovat velmi otevřenou komunikaci v týmu ▪ být dostatečně flexibilní, protože problémy s duševním zdravím se mohou časem měnit ▪ mít dostatek lektorů se zkušenostmi s duševním onemocněním, aby se mohli v případě potřeby vzájemně zastoupit.

Potenciál učení nebo přenosu	Potenciál učení a přenosu je velmi vysoký. Zapojení peer lektorů do výuky VSPJ přispívá k podpoře osobního zotavení lidí s duševním onemocněním, k transformaci zdravotního a sociálního systému a zejména má vliv na změnu postojů studentů k lidem s duševním onemocněním. Výuka s peer lektory má smysl, je to praktický způsob destigmatizace. Peer lektoři se nebojí mluvit o tom, jak je jejich duševní onemocnění ovlivnilo, co jim přináší do každodenního života, jaké byly reakce rodiny, příbuzných a přátel." Přidáváme několik reakcí několika studentů: ▪ <i>Z kurzu jsem si odnesl, že bych neměl lidi odsuzovat na první pohled, když vůbec neznám jejich problémy.</i> ▪ <i>Každý by měl mít možnost se zapojit a poznat tyto lidi.</i> Principy, které posilují inovativní přístup, jsou především zahrnutí zkušeností všech účastníků, propojení služeb a aktivit v komunitě a zaměření na člověka.
Další informace	▪ https://imroc.org/resource/15-recovery-colleges-10-years-on/ ▪ https://skolazotaveni.com/ ▪ https://www.cmhcd.cz/centrum/co-delame/skola-zotaveni/ ▪ https://www.bergen.kommune.no/innbyggerhjelpen/helse-og-omsorg/psykisk-helse/rehabilitering-og-mestring/bergen-recoveryskole ▪ https://doi.org/10.1080/02615479.2021.1998425 ▪ https://socialniprace.cz/article/inovace-vyuky-predmetu-psychiatrie-za-ucelem-snizeni-stigmatizace-osob-s-dusevnim-onemocnenim/ ▪ https://eeagrants.org/topics-programmes/innovation-research-education-and-competitiveness/education-and-scholarships

Název praxe	VZDĚLÁVACÍ PROGRAM VIRTUÁLNÍ REALITA – DEMENCE	
Odpovědný subjekt		
Země:	Česká republika	
Region:	Jižní Čechy	
Město:	Tábor	
Název organizace:	Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR (APSS ČR)	
Přehled		
Rozsah intervence	Zaměstnanost ☐ Závislost ☐ Sociální začlenění ☐	Dětství ☐ Lidé se zdravotním postižením ☒ Senioři ☒ Ostatní ☒ - osoby s demencí
Zeměpisná působnost	Národní ☒ Regionální ☐ Místní ☐	
Umístění praxe	Země	Česká republika
	Region	Česká republika
	Město	
Podrobné informace		
Stručné shrnutí praxe	Výukový program Virtuální realita – demence je jedinečný vzdělávací kurz pro pracovníky v sociálních službách, ale také pro osoby, které pečují o rodinného příslušníka s demencí.	
Podrobné informace o praxi	Výukový program Virtuální realita – demence je jedinečný vzdělávací program pro pracovníky v sociálních službách, ale také pro osoby, které pečují o rodinného příslušníka s demencí. Školící program nabízí účastníkům jedinečnou příležitost vstoupit do světa člověka s demencí. Pomocí vysoce kvalitní technologie virtuální reality jim umožní vidět svět jeho očima. To posiluje znalosti osob pečujících o člověka s demencí a také pomáhá zlepšit přístup a podporu pro tyto osoby. Na základě vlastních zkušeností účastníci lépe pochopí, co člověk s demencí prožívá, a budou tak schopni lépe identifikovat jeho potřeby a poskytnout mu adekvátní podporu doma i v sociálních službách. Rovněž budou účastníci schopni lépe pomoci rodině a poradit, jak pečovat o člena rodiny, který má demenci, jak uspořádat domácnost apod. Vzdělávací program byl vyvinut v Austrálii. V současné době je kurz dostupný v Austrálii, Kanadě, Singapuru a v České republice, a to jako v jediné zemi v Evropě. Částečně je vzdělávací program dostupný také v Rakousku prostřednictvím APSS ČR, ale pouze pro zaměstnance	

	sociálních služeb SeneCura. APSS ČR nabízí kurz v češtině od roku 2019, a to na základě zakoupené licence. Unikátní školení pro vzdělávání pracovníků v sociálních službách je akreditováno Ministerstvem práce a sociálních věcí.
Potřebné zdroje	Finanční zdroje: 1,2 mil. Kč z vlastních zdrojů APSS ČR Lidské zdroje: 5 zkušených lektorů
Počet účastníků školení	Od roku 2019 bylo proškoleno 4 500 účastníků v rámci přibližně 300 kurzů. Jednoho kurzu se může zúčastnit maximálně 15 účastníků, neboť APSS ČR má k dispozici 15 brýlí virtuální reality.
Počet hodin školení na osobu	8 h
Časová osa	Začátek: 2019
	Konec: vzdělávací program stále probíhá
Důkazy o úspěchu (dosažené výsledky)	Od roku 2019, kdy APSS ČR zakoupila licenci na virtuální realitu, bylo proškoleno více než 4 500 účastníků v průběhu více než 300 kurzů. Účastník kurzu se pomocí brýlí virtuální reality stane hlavním aktérem příběhu, kterým je Edie, a přenesení se do domácnosti Edieho a jeho ženy. Účastníci hodnotí vzdělávací program pěti hvězdičkami, tedy plným počtem bodů. Často se objevuje hodnocení, že šlo doposud o nejlepší školení za poslední dobu, které pracovníci zařízení sociálních služeb absolvovali.
Vyskytnuté problémy	O kurz je stále velký zájem, problémy se nevyskytují.
Potenciál učení nebo přenosu	Potenciál učení a přenosu je velmi vysoký. Účastníci kurzu si mohou sami vyzkoušet, jak se cítí, jak vnímá a jaké má problémy člověk s demencí, umožní vidět svět jeho očima. To posiluje znalosti osob pečujících o osoby s demencí a pomáhá zlepšit přístup a podporu těmto osobám. Na základě vlastních zkušeností účastníci lépe pochopí, co člověk s demencí prožívá, a budou tak schopni lépe identifikovat jeho potřeby a poskytnout mu adekvátní podporu doma i v sociálních službách. Vzdělávací program je tak v souladu s novými modely péče zaměřených na člověka a jeho rodinu.
Další informace	▪ https://www.institutvzdelavani.cz/virtualni-realita-demence ▪ https://www.institutvzdelavani.cz/prihlaska/?id_kurzu=3964&uzivatelska-hodnoceni ▪ https://www.youtube.com/watch?v=xCiBq6MQOYQ