

**Univerzita Pardubice
Fakulta ekonomicko-správní
Ústav ekonomických věd**

**Transformace a deinstitucionalizace pobytových
sociálních služeb zřizovaných samosprávou**

Bc. Magdalena Zemková

**Diplomová práce
2014**

Univerzita Pardubice
Fakulta ekonomicko-správní
Akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Magdalena Zemková**
Osobní číslo: **E12182**
Studijní program: **N6202 Hospodářská politika a správa**
Studijní obor: **Ekonomika veřejného sektoru**
Název tématu: **Transformace a deinstitucionalizace pobytových sociálních služeb zřizovaných samosprávou**
Zadávací katedra: **Ústav ekonomických věd**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cílem práce je analyzovat proces transformace pobytových sociálních služeb a zhodnotit dopady této transformace na poskytovatele a uživatele daných sociálních služeb ve zvoleném regionu.

Zásady:

- Charakteristika procesu transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb.
- Charakteristika pilotního projektu Ministerstva práce a sociálních věcí ČR "Podpora transformace sociálních služeb".
- Analýza vlivu transformace na poskytovatele sociálních služeb z hlediska financování a způsobu poskytování sociálních služeb.
- Analýza vlivu transformace na uživatele sociálních služeb.
- Zhodnocení procesu transformace a deinstitucionalizace u vybraných poskytovatelů sociálních služeb.

Rozsah grafických prací: -
Rozsah pracovní zprávy: cca 50 stran
Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury:

ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J., KRUTILOVÁ, D. Sociální služby v ČR v teorii a praxi. 1. vydání. Praha: Portál, 2011. 264 s. ISBN 978-80-262-0027-7.

FURMANÍKOVÁ, L., HAVRDOVÁ, Z., TOLLAROVÁ, B., VRZÁČEK, P. K fenoménu vůdcovství: Kým a jak je iniciován a veden proces transformace pobytových sociálních služeb. Sociální práce: Deinstitucionalizace sociálních služeb. 2013, roč. 13, č. 1. ISSN 1213-6204.


KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. Sociální služby a příspěvek na péči 2012. 4. vydání. Olomouc: ANAG, 2012. 464 s. ISBN 978-80-7263-748-5.

MULHEIR, G., BROWNE, K. De-institutionalising and Transforming Children's Services: A Guide to Good Practice [online]. Birmingham: University of Birmingham, 2007. [cit.2013-07-01]. Dostupné na WWW: http://www.crin.org/docs/Deinstitutionalisation_Manual_-_Daphne_Prog_et_al.pdf


PRŮŠA, L. Ekonomie sociálních služeb. 2. vydání. Praha: ASPI, 2007. 179 s. ISBN 978-80-7357-255-6.

Vedoucí diplomové práce: 
Ing. Martin Sobotka, Ph.D.
Ústav ekonomických věd

Datum zadání diplomové práce: 1. října 2013
Termín odevzdání diplomové práce: 30. dubna 2014


doc. Ing. Renáta Myšková, Ph.D.
děkanka

L.S.


doc. Ing. Jolana Volejníková, Ph.D.
vedoucí ústavu

V Pardubicích dne 1. října 2013

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 30. 6. 2014

Bc. Magdalena Zemková

PODĚKOVÁNÍ:

Tímto bych ráda poděkovala svému vedoucímu práce Ing. Martinu Sobotkovi Ph.D. za jeho odbornou pomoc, cenné rady a připomínky, které mi pomohly při zpracování diplomové práce.

ANOTACE

Tato práce se zabývá analýzou procesu transformace a deinstitucionalizace pobytových sociálních služeb v České republice. První část je věnována vymezení základních pojmů, definici a vývoji procesu transformace a deinstitucionalizace v České republice. Druhá část popisuje dopady tohoto procesu na poskytování a financování služby u vybraných poskytovatelů v Královéhradeckém kraji. V závěru je analýza věnována vlivu procesu na uživatele služby.

KLÍČOVÁ SLOVA

Sociální služby, pobytové sociální služby, transformace, deinstitucionalizace, osoby se zdravotním postižením, ústavní péče, komunitní péče

TITLE

Transformation and Deinstitutionalization of the residential Social Services Established by Self-Government

ANNOTATION

The thesis deals with analysis of the transformation and deinstitutionalization process of the residential social services in the Czech Republic. The first part is devoted to the basic terms, definition of the transformation and deinstitutionalization process and development of this process in our country. The second part describes impact of this process on providing and funding of the transformed organization on selected providers in the region of Hradec Králové. At last is analyzed impact of the transformation to the quality of living of the social services clients in selected organization and at all.

KEYWORDS

Social Services, residential social care, transformation, deinstitutionalization, people with disabilities, institutional care, community care

OBSAH

ÚVOD	- 10 -
1 CHARAKTERISTIKA SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	- 11 -
1.1 ROZDĚLENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	- 11 -
1.2 POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY	- 14 -
1.2.1 <i>Domovy pro osoby se zdravotním postižením - uživatelé</i>	- 15 -
2 VYMEZENÍ PROCESU TRANSFORMACE A DEINSTITUCIONALIZACE	- 17 -
2.1 VYMEZENÍ POJMU TRANSFORMACE A DEINSTITUCIONALIZACE	- 17 -
2.2 VYMEZENÍ POJMU ÚSTAVNÍ A KOMUNITNÍ PÉČE.....	- 18 -
2.3 VÝVOJ PROCESU TRANSFORMACE A DEINSTITUCIONALIZACE V ČR	- 21 -
2.3.1 <i>Současný stav</i>	- 23 -
2.3.2 <i>Překážky v procesu transformace</i>	- 24 -
3 ANALÝZA PROCESU TRANSFORMACE U VYBRANÝCH POSKYTOVATELŮ ... -	26 -
3.1 TRANSFORMACE INICIOVANÁ SAMOTNÝM POSKYTOVATELEM	- 26 -
3.1.1 <i>Historie a průběh transformace v Domově Dědina, Opočno</i>	- 26 -
3.1.2 <i>Charakteristika transformace</i>	- 27 -
3.1.3 <i>Poskytované služby</i>	- 29 -
3.1.4 <i>Personální zajištění služby</i>	- 30 -
3.2 TRANSFORMACE V RÁMCI PILOTNÍHO PROJEKTU MPSV	- 32 -
3.2.1 <i>Historie a průběh transformace v ÚSP</i>	- 36 -
3.2.2 <i>Charakteristika transformace</i>	- 38 -
3.2.3 <i>Poskytované služby</i>	- 39 -
3.2.4 <i>Personální zajištění služby</i>	- 40 -
4 ANALÝZA EKONOMICKÝCH ÚDAJŮ U VYBRANÝCH POSKYTOVATELŮ	- 43 -
4.1 ANALÝZA EKONOMICKÝCH ÚDAJŮ DOMOVA DĚDINA OPOČNO.....	- 43 -
4.2 ANALÝZA EKONOMICKÝCH ÚDAJŮ ÚSP HOŘICE.....	- 51 -
5 ANALÝZA Z POHLEDU UŽIVATELE	- 59 -
ZÁVĚR	- 63 -
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	- 65 -
SEZNAM PŘÍLOH	- 68 -

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Počet pobytových zařízení sociálních služeb v ČR za rok 2012.....	- 15 -
Tabulka 2: Charakteristické rysy sociálních služeb před počátkem 90. let a po.....	- 21 -
Tabulka 3: Počet ústavních zařízení pro lidi se zdravotním postižením podle krajů	- 23 -
Tabulka 4: Přehled kapacit objektů v jednotlivých lokalitách Domova Dědina Opočno ...	- 30 -
Tabulka 5: Počet pracovníků v nepřímé péči k 31. 12. 2005 a po transformaci v DDO.....	- 49 -
Tabulka 6: Počet pracovníků v přímé péči k 31. 12. 2005 a po transformaci v DDO	- 49 -
Tabulka 7: Počet pracovníků v nepřímé péči k 31. 12. 2013 a po transformaci v ÚSP Hořice ...	- 55 -
Tabulka 8: Počet pracovníků v přímé péči k 31. 12. 2013 a po transformaci v ÚSP Hořice.....	- 55 -
Tabulka 9: Počet pracovníků v nepřímé ústavní a v komunitní péči v ÚSP Hořice	- 56 -
Tabulka 10: Počet pracovníků v přímé ústavní a komunitní péči v ÚSP Hořice	- 57 -
Tabulka 11: SWOT analýza uživatele v sociálních službách.....	- 62 -

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Graf - Rozdělení sociálních služeb dle druhu v roce 2013	- 13 -
Obrázek 2: Srovnání ústavního a komunitního modelu	- 20 -
Obrázek 3: Schéma organizační struktury DDO před transformací.....	- 31 -
Obrázek 4: Schéma organizační struktury DDO po transformaci.....	- 32 -
Obrázek 5: Schéma poskytovaných služeb po transformaci	- 40 -
Obrázek 6: Schéma organizační struktury ÚSP Hořice před transformací	- 41 -
Obrázek 7: Schéma organizační struktury ve středisku „Strozziho ulice“	- 42 -
Obrázek 8: Schéma organizační struktury ve středisku „Konfránkova ulice“	- 42 -
Obrázek 9: Graf - Celkové náklady DDO v letech 2005 – 2013.....	- 44 -
Obrázek 10: Graf - Struktura nákladů DDO.....	- 45 -
Obrázek 11: Graf - Struktura výnosů DDO.....	- 46 -
Obrázek 12: Graf - Náklady přepočtené na 1 Kč příspěvku na péči u DDO	- 47 -
Obrázek 13: Graf - Průměrné náklady na klienta DDO	- 48 -
Obrázek 14: Graf - Srovnání vývoje počtu pracovníků a počtu klientů DDO	- 50 -
Obrázek 15: Graf - Celkové náklady v letech 2011 – 2013 a po transformaci v ÚSP Hořice	- 52 -
Obrázek 16: Graf - Struktura nákladů v letech 2011 – 2013 a po transformaci v ÚSP Hořice ...	- 52 -

Obrázek 17: Graf - Struktura výnosů v letech 2011 – 2013 a po transformaci v ÚSP Hořice.....

- 53 -

Obrázek 18: Graf - Náklady přepočtené na 1 Kč příspěvku na péči na péči u ÚSP Hořice - 53 -

Obrázek 19: Graf - Průměrné náklady na klienta ÚSP Hořice..... - 54 -

Obrázek 20: Graf - Srovnání vývoje počtu pracovníků a počtu klientů ÚSP Hořice..... - 54 -

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ČR	Česká republika
DDO	Domov Dědina Opočno
DOZP	Domov pro osoby se zdravotním postižením
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
ÚSP	Ústav sociální péče

ÚVOD

Aktuálním tématem, o kterém se v současné době v oblasti poskytování sociálních služeb v České republice hovoří, je změna typu pobytových služeb při poskytování péče lidem se zdravotním postižením. Lidé s různým druhem postižení jsou v ústavech často izolováni na krajích měst nebo v méně zabydlených částech obcí. V rámci ústavní péče, ve které žijí, se musí přizpůsobit velké skupině lidí. Musí dodržovat zvláštní pravidla, která se liší od běžného způsobu života, a nedostává se jim soukromí. Všechna tato negativa ústavní péče by měla být odstraněna pomocí transformace a deinstitucionalizace pobytových sociálních služeb, tedy změnou přístupu k postiženým lidem, jejich zrovnoprávnění a integrace do běžné společnosti. Je však třeba zdůraznit, že transformace je proces pomalý a měl by být dobře promyšlen. Vyžaduje nejen podporu státu, ale i občanů, pracovníků jednotlivých organizací, uživatelů sociálních služeb a jejich rodinných příslušníků.

Myšlenka změny poskytování sociálních služeb z velkých ústavních zařízení na péči v přirozeném prostředí se zrodila v České republice až v posledním desetiletí, na rozdíl od zemí západní Evropy, které se touto problematikou začaly zabývat již v 70. letech minulého století. Důležitým krokem pro tuto změnu se stalo v ČR přijetí zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a vytvoření standardů kvality sociálních služeb.

Cílem práce je analyzovat proces transformace pobytových sociálních služeb a zhodnotit dopady této transformace na poskytovatele a uživatele daných sociálních služeb ve zvoleném regionu. Cíle bylo dosaženo především na základě řízených rozhovorů s vedením vybraných poskytovatelů.

V první části diplomové práce se úvodní kapitola zabývá obecně sociálními službami, především pak pobytovými sociálními službami, jejich vznikem a charakteristikou. Druhá kapitola se věnuje definici a vývoji procesu transformace a deinstitucionalizace pobytových sociálních služeb v České republice.

V druhé části diplomové práce, která začíná třetí kapitolou, je charakterizován proces transformace a deinstitucionalizace u vybraných pobytových zařízení poskytujících sociální služby. Jedná se o Domov Dědina Opočno, který se transformoval na základě iniciativy paní ředitelky a Ústav sociální péče v Hořicích v Podkrkonoší, který se transformuje v rámci projektu Ministerstva práce a sociálních věcí. V další kapitole je tento proces u vybraných zařízení zanalyzován z hlediska ekonomického. Poslední kapitola analyzuje dopady procesu transformace a deinstitucionalizace na uživatele pobytové sociální služby.

1 CHARAKTERISTIKA SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Pojem sociální služby je v odborné literatuře používán ve dvou úrovních:

- jako forma sociální pomoci poskytované konáním státní, obecní nebo nestátní instituce ve prospěch jiné osoby,
- jako sociální práce ve prospěch lidí v sociální nouzi. (Průša, 2007)

Konkrétnější definici sociálních služeb pak uvádí ve své knize Matoušek (2007), jenž zohledňuje skupinu, které se sociální služba dotýká:

„Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit jejich kvalitu života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli. Sociální služby proto zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupiny, do nichž patří, případně zájmy širšího společenství.“

Takto definované sociální služby do určité míry překračují vymezení sociálních služeb jako služeb spadajících do oblasti řízené Ministerstvem práce a sociálních věcí České republiky (dále MPSV), přesto ji můžeme považovat za nejpřesnější. Sociální služby v uvedeném širším vymezení spadají i do mnoha dalších rezortů státní správy. Například řízení kojeneckých ústavů spadá pod Ministerstvo zdravotnictví, výchovné ústavy pak pod Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. Sociální služby v užším pojetí jsou v České republice součástí státního systému sociálního zabezpečení, konkrétně jsou zařazovány do oblasti tzv. sociální pomoci. (Matoušek, 2007)

Sociální služby, jako jedna z oblastí veřejných služeb, jsou služby poskytované v zájmu společnosti. Na rozdíl od komerčních služeb jsou financovány z veřejných rozpočtů, jsou definovány legislativou podrobněji než jiné služby a díky tomu jsou také více závislé na politickém rozhodování státu, krajů a obcí. Stát vystupuje jako garant dodržování základních práv, přiděluje těmto subjektům licenci a kontroluje, zda vykonávají to, k čemu se zavázaly.

1.1 Rozdělení sociálních služeb

Sociální služby jako celek, jak definuje **zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách**, lze podle cíle a zaměření rozdělit do 3 základních skupin:

- sociální poradenství,
- služby sociální péče,
- služby sociální prevence.

Služby sociálního poradenství se zaměřují na zjišťování rozsahu a charakteru nepříznivé situace a sledují příčiny jejího vzniku. Smyslem sociálního poradenství je poskytování informací, které přispívají k řešení nepříznivé sociální situace. Služby sociálního poradenství se dělí na:

- základní sociální poradenství,
- odborné sociální poradenství.

Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost. Poskytují se jak v domácím prostředí osob, tak v zařízeních sociálních služeb. Cílem služeb sociální péče je umožnit osobám v co nejvyšší možné míře zapojit se do běžného života nebo jim zajistit důstojné prostředí a zacházení. Ke službám sociální péče patří:

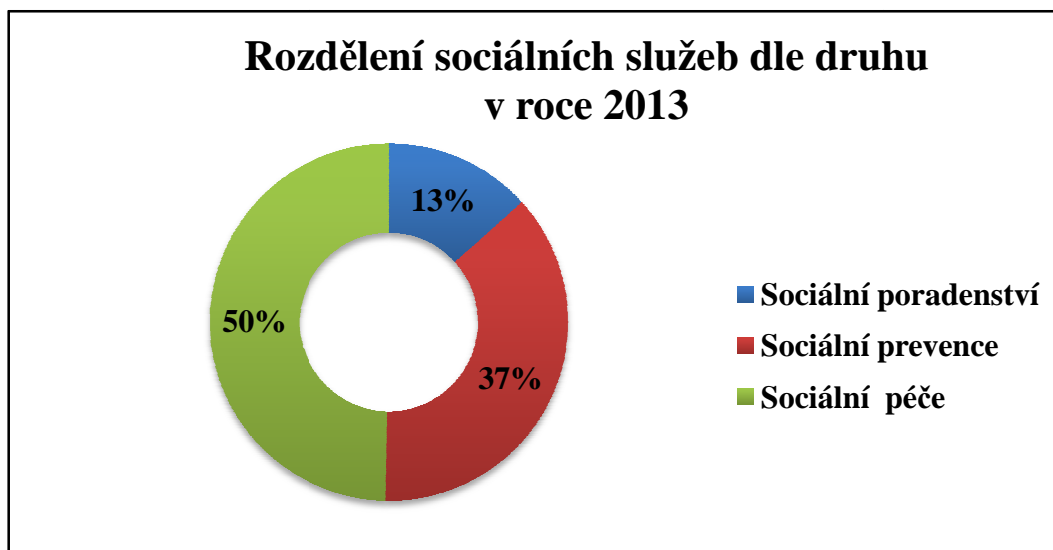
- osobní asistence,
- pečovatelská služba,
- tísňová péče,
- průvodcovské a předčitatelské služby,
- podpora samostatného bydlení,
- odlehčovací služby,
- centra denních služeb,
- denní stacionáře,
- týdenní stacionáře,
- domovy pro osoby se zdravotním postižením,
- domovy pro seniory,
- domovy se zvláštním režimem,
- chráněné bydlení a sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče.

Služby sociální prevence tvoří takové druhy sociálních služeb, jejichž cílem je zabránit sociálnímu vyloučení osob. Jedná se o osoby, jejichž nepříznivá situace je způsobena krizovou sociální situací, životními návyky a způsobem života vedoucím ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňujícím prostředím a ohrožením práv a zájmů způsobených trestnou činností jiné osoby. Služby sociální prevence jsou:

- raná péče,
- telefonická krizová pomoc,
- tlumočnické služby,

- azylové domy,
- domy na půl cesty,
- kontaktní centra,
- krizová pomoc,
- intervenční centra,
- nízkoprahová denní centra,
- nízkoprahová zařízení pro děti a mládež,
- noclehárny,
- služby následné péče,
- sociálně aktivizační služby pro rodinu s dětmi,
- sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením,
- sociálně terapeutické dílny,
- terapeutické komunity,
- terénní programy a sociální rehabilitace.

Dle registru poskytovatelů sociálních služeb v České republice tvoří polovinu všech sociálních služeb služby sociální péče, 37 % tvoří služby sociální prevence a 13 % zaujímají služby sociálního poradenství. Toto rozdělení můžeme vidět na následujícím obrázku č. 1.



Obrázek 1: Graf - Rozdělení sociálních služeb dle druhu v roce 2013

Zdroj: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008-2014

Sociální služby lze také členit z hlediska místa poskytování. Rozlišujeme tři formy, ve kterých mohou být sociální služby poskytovány:

- **Pobytové služby**, které napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost.
- **Ambulantní**, kdy uživatel služby za službou dochází, je doprovázen nebo dopravován do zařízení sociálních služeb, jejichž součástí však není ubytování.
- **Terénní**, kdy je služba poskytována uživateli v jeho přirozeném prostředí.

1.2 Pobytové sociální služby

V této kapitole jsou blíže popsány pobytové sociální služby, jelikož právě těchto služeb se proces transformace a deinstitucionalizace týká.

Termínem pobytová, rezidenční neboli ústavní sociální služba označujeme službu sociální péče spojenou s ubytováním ve specializovaných zařízeních k tomuto účelu zřízených. Legislativa České republiky kategorizuje několik typů zařízení poskytujících pobytové sociální služby, a to podle cílové skupiny uživatelů, kterým je služba určena.

Konkrétně se jedná především o:

- **Domovy pro seniory** – domovy pro seniory poskytují služby starším občanům s cílem nahradit jim domácí prostředí a zajistit jim komplexní péči.
- **Domovy pro osoby se zdravotním postižením** – tyto pobytové služby zabezpečují komplexní, obvykle trvalou, péči pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení.
- **Domovy se zvláštním režimem** – tyto domovy slouží pro osoby s chronickým duševním onemocněním, pro osoby se závislostí na návykových látkách, dále pro osoby se stařeckou, Alzheimerovou nebo jiným typem demence. Jak již vyplývá z názvu, režim v těchto domovech je přizpůsoben speciálním potřebám těchto osob.
- **Chráněné bydlení** – umožňuje zajistit relativně samostatný život v běžném prostředí vlastní domácnosti. Má formu individuálního či skupinového bydlení. (Králová, Rážová, 2012)

Počet jednotlivých druhů pobytových sociálních služeb v České republice znázorňuje tabulka č. 1.

Tabulka 1: Počet pobytových zařízení sociálních služeb v ČR za rok 2012

Druh zařízení	Počet zařízení celkem
Domovy pro seniory	480
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	212
Domovy se zvláštním režimem	210
Chráněné bydlení	148
Celkem	1 050

Zdroj: Český statistický úřad, 2013

Sociální péče poskytovaná v těchto pobytových zařízeních sociálních služeb je definována v jednotlivých paragrafech již zmíněného zákona o sociálních službách. Pobytová zařízení poskytují uživatelům tyto základní činnosti:

- poskytnutí ubytování,
- poskytnutí stravy,
- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo při poskytnutí podmínek pro vlastní hygienu,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- aktivizační činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

1.2.1 Domovy pro osoby se zdravotním postižením - uživatelé

Následující kapitoly se budou týkat pouze *domovů pro osoby se zdravotním postižením (dále jen DOZP)*, na které se v současné době primárně tento proces transformace a deinstitucionalizace vztahuje.

Vzhledem k tomu, že se diplomová práce zaměřuje na Domov Dědina Opočno s cílovou skupinou mentálně postižených a na Ústav pro tělesně postižené v Hořicích v Podkrkonoší s cílovou skupinou tělesně postižených, jsou dále kromě pojmu zdravotní postižení, definovány také pojmy mentální a tělesné postižení.

Zdravotní postižení je dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách chápáno jako „tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby.

Jinou definici pak uvádí *zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti*, který definuje osoby se zdravotním postižením jako osoby, které jsou:

- orgánem sociálního zabezpečení uznány plně invalidními (dále jen „osoby s těžším zdravotním postižením“),
- orgánem sociálního zabezpečení uznány částečně invalidními,
- rozhodnutím úřadu práce uznány zdravotně znevýhodněnými (dále jen „osoby zdravotně znevýhodněné“).

V současné době žije v ČR celkem 1 077 673 osob se zdravotním postižením, jejichž podíl na celkové populaci ČR je 10,2%. (www.p12.heplnet)

Mezi nejnámější definice **mentálního postižení** patří ta od Dolejšího (1973), jež zní následovně: „*Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na nedostatečných genetických vloh, na porušení stavu anatomicko-fyziologické struktury a funkce mozku a jeho zrání, na nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace senzorické, emoční a kulturní, deficitním učení, zvláštnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech jedince po opakovaných stavech frustrace i stresu, na typologických zvláštnostech vývoje osobnosti.*“ (Dolejší, 1973 in: Haniballa 2008)

Tělesné postižení lze charakterizovat jako omezení hybnosti až omezení pohybu nebo popř. jako dysfunkci motorické koordinace, jež je v příčinné souvislosti s poškozením, vadou či funkční poruchou nosného a pohybového aparátu, centrální nebo periferní nervové soustavy, amputací či deformací části motorického systému. Tyto vady či dysfunkce jsou zpravidla patrné na první pohled, mají charakter trvalého snížení funkční výkonnosti i ztráty schopnosti v některé oblasti nebo ve více motorických oblastech. Společným rysem takto postižených lidí je primární redukce obvyklých aktivit a v některých případech i částečná až úplná imobilita, což má zásadní vliv na kvalitu života, soběstačnost a přístup k životním příležitostem u těchto občanů. (Novosad, 2005 in: Bendová 2007)

2 VYMEZENÍ PROCESU TRANSFORMACE A DEINSTITUCIONALIZACE

Proces transformace a deinstitucionalizace je v současné společenské situaci nutnou podmínkou pro naplnění úkolů a cílů, které stojí před sociálními službami. Ústav jako instituce reprezentující sociální péči minulého století není schopen svým uživatelům zaručit naplnění jejich občanských a lidských práv a práva na jejich sebeurčení, tedy rozhodování o sobě, a ani je v tomto ohledu podporovat. Tak vzniká napětí mezi postavením lidí s postižením, které mají společensky přiznané, a způsobem, jakým je jejich podpora realizována. (Národní centrum podpory transformace, 2013)

2.1 Vymezení pojmu transformace a deinstitucionalizace

Pojem **transformace** je nadřazen pojmu deinstitucionalizace a rozumíme pod ním souhrn procesů změny řízení, financování, vzdělávání, místa a formy poskytování služeb tak, aby výsledným stavem byla péče v běžných podmínkách. (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011)

Pod procesem **deinstitucionalizace** pobytových sociálních služeb vidíme změnu, která implikuje proměnu instituce, a to jak ve smyslu formalizované struktury pravidel, řádu a filosofie služby, tak ve smyslu sídla.

Důvody pro deinstitucionalizaci sociálních služeb můžeme shrnout do pěti základních oblastí:

- *Ochrana lidských práv* – péče v komunitním prostředí vytváří lepší předpoklady pro ochranu a dodržování lidských práv. Oproti péči poskytované v ústavním zařízení je zde vztah mezi klientem a pracovníkem služby mnohem bližší, a tak nedochází v takové míře k zneužívání člověka tímto pracovníkem. Zároveň lze zajistit soukromí a možnost volby každému z uživatelů.
- *Rozvoj osobnosti uživatele služby* – základem komunitních služeb je důsledný individuální přístup ke každému uživateli. Cílem je poskytovat takové služby, které umožní uživatele začlenit a udržovat v běžném životě společnosti, k čemuž patří rozvíjení jejich znalosti a dovednosti. Ústavní péče uživatele omezuje a nedává mu příležitosti k uplatňování těchto znalostí a dovedností.
- *Účast v běžném životě společnosti* – komunitní poskytování služby umožňuje uživatelům setkávat se s různými lidmi, nejen s pracovníky, a zastávat různé společenské role, což posiluje jejich sebedůvěru a odpovědnost za vlastní život.

V ústavním zařízení uživatelé nemají příležitosti navázat vztahy s jinými lidmi, setkávají se pouze s pracovníky ostatními uživateli.

- *Nejlepší praxe sociálních služeb* – komunitní sociální služby odpovídají nejlepší praxi sociální péče s ohledem na úroveň dostupných znalostí. Přispívají k rozvoji osobních a profesních kompetencí pracovníků. Pracovníci zároveň nečelí riziku, že budou omezovat práva uživatelů, kterému jsou vystaveni v ústavním prostředí.
- *Účelnost poskytování sociální služby* – podpora v komunitě je efektivní s ohledem na využívání všech zdrojů, které jsou ve společnosti k dispozici. Zaměřuje se na využití zdrojů ve formě lidských znalostí, dovedností a vztahů, dostupných služeb a peněz. (Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2013)

Shrnutím tedy můžeme říci, že transformace a deinstitucionalizace je v podstatě proces přesunu péče poskytované ve velkokapacitních ústavních zařízeních k péči poskytované v prostředí podobajícím se tomu rodinnému. Lidé s postižením mohou díky tomuto procesu žít s náležitou podporou v běžných domácnostech, převzít odpovědnost za svůj život a zvládat péči o sebe a domácnost jako lidé, kteří v ústavech nežijí. Mohou chodit do zaměstnání, pěstovat své záliby nebo se stýkat s přáteli z okolí. Důležitým aspektem procesu transformace je také výběr vhodných lokalit, který umožní přiblížit klienty jejich původním rodinám.

2.2 Vymezení pojmu ústavní a komunitní péče

Jak již bylo uvedeno v předchozí kapitole, proces transformace a deinstitucionalizace je přechod od ústavní péče ke komunitní. Dříve než bude popsán vývoj tohoto procesu v České republice, je nejprve důležité vymežit si oba tyto pojmy.

Ústav je podle Matouška (1999, s. 17) charakterizován jako: „*Zvláštní fenomén: personál je v něm zaměstnán jako v jakékoliv jiné organizaci, pro klienty je však ústav dočasnou nebo trvalou náhradou domova. Tento rozdíl v očekáváních a postojích je ústředním problémem ústavní péče. Personál považuje klienty za objekt své práce, klienti chtějí být individuálními subjekty.*“

Jinou definici uvádí European Coalition for Community Living: „*Ústav je jakékoliv místo, ve kterém jsou lidé, kteří byli označeni jako postižení, izolováni, odděleni a/nebo nuceni žít pohromadě. Také je to místo, ve kterém lidé nemají, nebo jim není dovoleno vykonávat, kontrolu nad jejich životy a nemohou sami konat každodenní vlastní rozhodnutí.*“

Ústavní péče může být také chápána jako forma domácí péče bez rodičů a opatrovníků po dobu delší než tři měsíce pro velké počty klientů, která je poskytována v jedné budově. (Mulheir, Browne, 2007)

Jak vyplývá z uvedených definic, ústav nemusí být vždy definován pouze svou velikostí. Lze ho charakterizovat jako místo, kde:

- dochází k izolaci většího počtu lidí na základě nějakého společného znaku,
- dochází k potlačení individuality člověka,
- platí jasná hierarchie organizace, kdy na nejvyšším stupni stojí ředitel organizace a na tom nejnižším – uživatel služby.

Komunitní péče znamená poskytovat intervenci a podporu na správné úrovni a ve správné podobě tak, aby pacient dosáhl co největší úrovně nezávislosti, samostatnosti a soběstačnosti a kontroly nad svým životem. Jde tedy o systém služeb, systém odborné podpory a pomoci v komunitě, v běžných životních podmínkách a komunitou, která akceptuje handicapované a jinak rizikové spoluobčany a je ochotna a připravena být jim dle svých možností přirozeně ku pomoci. (Šteflová, 2000)

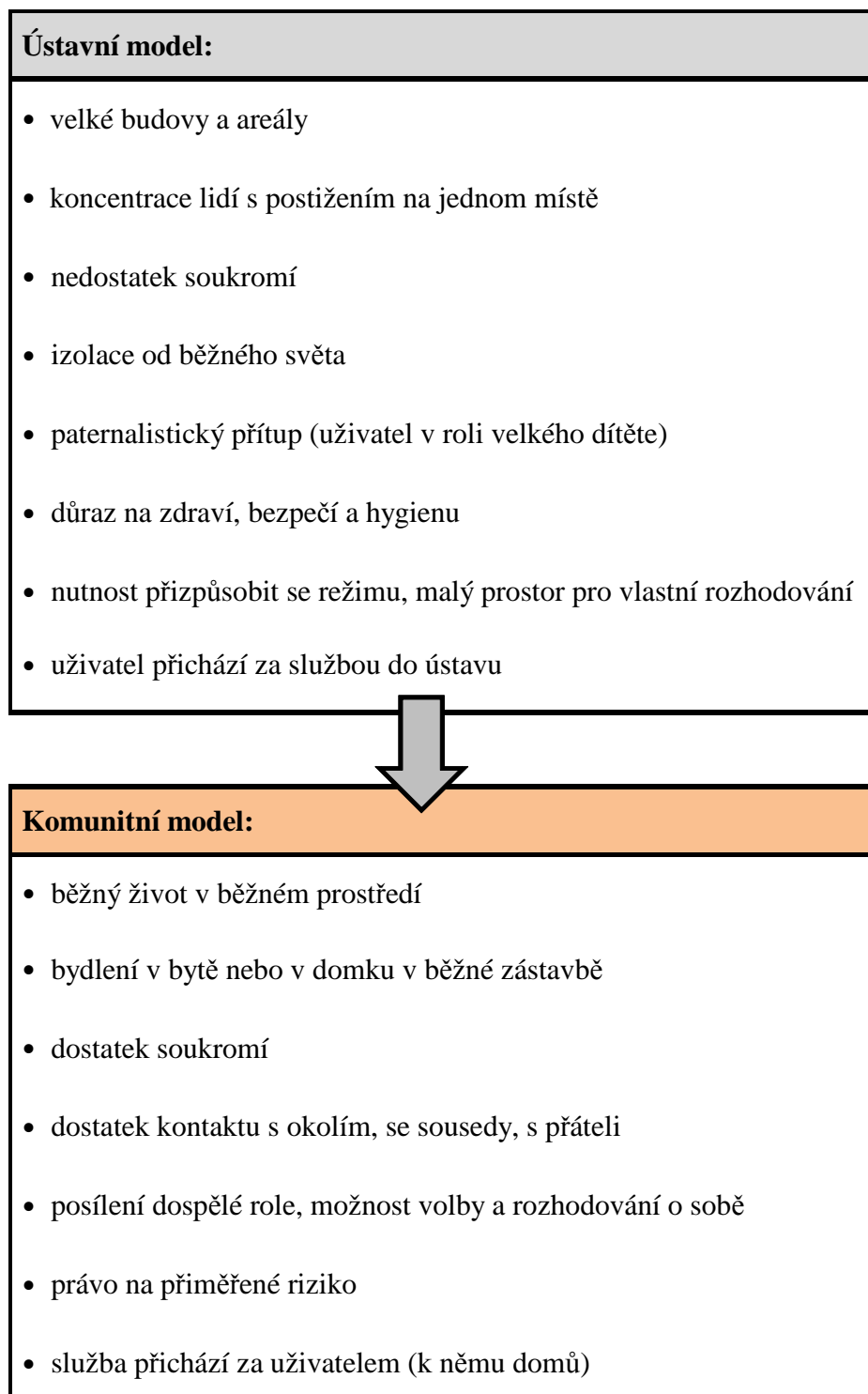
Probstová (2005 in: Říčan 2007) uvádí tuto definici komunitní péče: „*Komunitní péče označuje nejen péči v místním společenství, ale také služby poskytované obcí, péči, která je zaměřena na potřeby lidí, nikoli na budování institucí.*“

Dle Thornicrofta (2004 in: Říčan 2007) by měla komunitní péče splňovat následující kritéria:

- *autonomie (podpora autonomie klienta),*
- *kontinuita (mezi službami i v čase),*
- *efektivita (konkrétní intervence funguje tak jak má),*
- *dostupnost (v čase a prostoru, a přiměřená potřebám – příliš snadná dostupnost může být na úkor spravedlnosti),*
- *komplexnost (zahrnuje všechny služby a všechny skupiny pacientů),*
- *spravedlnost (spravedlivé rozdělení zdrojů),*
- *odpovědnost (vůči klientům – např. důvěrnost sdělení, vůči společnosti),*
- *koordinace (mezi službami – např. při sestavování plánu i dlouhodobě),*
- *výkonnost (co nejlepší poměr mezi náklady a výstupy – co nejlevnější a zároveň nejúčinnější služby).*

Z hlediska zákona o sociálních službách je komunitní péče poskytována jako terénní nebo ambulantní. Může se však také jednat o vhodně situovaná, nízkokapacitní pobytová zařízení (např. chráněná bydlení).

Pro ilustraci jsou hlavní rysy ústavního a komunitního modelu poskytování pobytových sociálních služeb znázorněny v obrázku č. 2.



Obrázek 2: Srovnání ústavního a komunitního modelu

Zdroj: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2012

2.3 Vývoj procesu transformace a deinstitucionalizace v ČR

Před rokem 1989 byla problematika osob se zdravotním postižením řešena výstavbou velkých ústavních komplexů podobných nemocnicím, kde uniformita naprosto popírala individualitu jedince. Společný ústavní řád platil pro všechny a neumožňoval výjimky. Denní režim, chod ústavu a často i ošacení klientů bylo jednotné. Pokud do tohoto komplexu jednou člověk vstoupil, většinou neměl možnost vystoupit zpět do běžného života a stal se celoživotně závislý na péči. Ústavy byly uzavřeným světem, nekomunikujícím s okolím, a navenek to vypadalo, jakoby žádné zdravotní postižení ani neexistovalo. S polistopadovými událostmi roku 1989 se začaly ústavy pomalu otevírat veřejnosti, takže změny v oblasti ústavní péče u nás jsou záležitostí teprve posledních dvaceti let. (HRUBÁ, 2011)

V tabulce č. 2 jsou ilustrovány rozdíly ve způsobech poskytování sociálních služeb před počátkem 90. let a po tomto období, a to na příkladu pobytové služby Domova Dědina Opočno.

Tabulka 2: Charakteristické rysy sociálních služeb před počátkem 90. let a po

Před	Po
<i>fyzické tresty, trestání odpíráním jídla</i>	<i>žádné tresty</i>
<i>silné tlumící léky</i>	<i>tlumící léky jen nezbytně nutné</i>
<i>návštěvy rodin max. 2 x do roka</i>	<i>návštěvy rodin dle přání klienta</i>
<i>žádné soukromí</i>	<i>více soukromí</i>
<i>pokoje pro šest a více klientů</i>	<i>pokoje max. pro čtyři klienty</i>
<i>pokoje ze vnitř bez klik, nemožnost pacientů v noci odejít na wc</i>	<i>kličky na pokojích, možnost volného pohybu v noci po oddělení</i>
<i>hromadné procházky</i>	<i>letní pobyty, rekreace, tábory atd.</i>
<i>všichni pacienti zbavení způsobilosti k právním úkonům</i>	<i>pokusy o postupné navrácení způsobilosti k právním úkonům</i>
<i>žádné osobní vlastní věci</i>	<i>osobní vlastnictví oblečení, elektroniky</i>
<i>žádné herny – přes den možnost chození dokola po chodbě</i>	<i>vybudovány společenské místnosti</i>

Zdroj: řízený rozhovor

Průkopníky procesu transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb v České republice se po roce 1989 staly nově vznikající neziskové organizace, jejichž zakladateli byli především rodiče dětí s postižením, kteří si nedokázali představit, že by své dítě umístili do ústavního zařízení. Tyto nestátní neziskové organizace se tedy staly alternativou poskytování sociální péče v ústavních zařízeních. Po vzniku těchto organizací se začala pozornost více zaměřovat na ústavní zařízení a na jejich negativa. Výsledkem je tedy situace, kdy zároveň

vedle sebe existují dva modely sociálních služeb, a to současný ústavní a nový komunitní. První pokus o vlastní transformaci proběhl v 90. letech v Ústavu sociální péče Horní Poustevna na základě iniciativy tehdejšího ředitele Milana Chába, nebyly tudíž vedeny ani podporovány centrálními veřejnými institucemi. Druhým průkopníkem se stal Moravskoslezský kraj, který začal podnikat důležité kroky pro transformaci pobytových sociálních služeb v roce 2003.

Na celorepublikové úrovni se o procesu transformace začalo mluvit až koncem 90. let. Důležitým mezníkem při cestě k transformaci se stalo přijetí **zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách**, který nabyl účinnost dne 1. ledna 2007. Tento zákon jako první dodržoval princip svobodné volby formy pomoci a typu služby na základě specifických potřeb uživatele. V souladu s požadavky Evropské unie také klade důraz na sociální začlenění a prevenci sociálně vyloučených osob, jímž toto riziko hrozí nebo které již jsou sociálně vyloučeny. Nejdůležitějším zdrojem financování těchto služeb jsou nejen dotace poskytované státem, ale také finanční prostředky na úhradu sociální služby v podobě nové sociální dávky, a to příspěvku na péči. Příspěvek na péči náleží osobě, o kterou je pečováno. Této osobě dává možnost zvolit si takovou službu, kterou skutečně potřebuje. Tento příspěvek je přiznáván na základě 4 stupňů závislosti na pomoci jiné fyzické osoby. Dopady vycházející z příspěvku na péči mají směřovat k tomu, aby si uživatelé pobytových sociálních služeb vybírali služby odpovídající jejich potřebám a zároveň, aby je byli schopni v rámci poskytnuté výše příspěvku na péči uhradit.

Současně s tímto zákonem byly také uzákoněny **Standardy kvality sociálních služeb**, zabývající se kvalitou poskytovaných služeb, tím jak jsou zabezpečeny podmínky ve službě, povahou vztahu mezi uživateli a pracovníky, jak jsou chráněna práva a důstojnost uživatelů, jak jsou naplňovány principy individuálního poskytování služby a směřování k sociálnímu začleňování osob (MPSV, 2008). Před přijetím standardů byla poskytována péče bez ohledu na individuální potřeby klienta. S jejich přijetím se tato situace změnila a klient se stal spolutvůrcem svého individuálního plánu. Povinnost vypracovávat standardy má každý poskytovatel ve spolupráci s pracovníky zařízení a v souladu s platnou legislativou. Těmito standardy se musí organizace při poskytování služby řídit.

Stěžejním dokumentem procesu deinstitucionalizace a podpory práva žít v přirozené komunitě se stala **Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti.**, která reaguje na vývoj v oblasti sociálních

služeb a prezentuje základní principy při poskytování pobytových sociálních služeb, kterými jsou:

- princip humanizace – zaměření se na uživatele služby jako na individualitu (nástrojem jsou standardy kvality sociálních služeb),
- princip individualizace – poskytování sociálních služeb zaměřených na individuální podporu života člověka v přirozeném prostředí,
- princip integrace – služby poskytované v přirozeném, začleňujícím sociálním prostředí.

Dle tohoto dokumentu bude proces transformace probíhat v následujících desítkách let jako přirozený vývoj pobytových sociálních služeb. Hlavním cílem koncepce je podporovat stávající poskytovatele ústavních služeb tak, aby sami transformovali svou činnost ke službám poskytovaným v přirozeném prostředí, které by směřovalo k naplňování individuálních potřeb uživatelů a to v případě, kdy toto není možné s ohledem na situaci uživatelů a maximálně přiblížit pobyt uživatelů životu v domácím prostředí. Dalším krokem se pak v roce 2009 stal projekt MPSV **Podpora transformace sociálních služeb**, prostřednictvím kterého byla koncepce naplňována.

2.3.1 Současný stav

V současné době je v ČR celkem 418 ústavních sociálních služeb pro lidi se zdravotním postižením. Žije v nich 16 017 lidí, z toho 1 045 dětí. Přehled počtu ústavních zařízení pro lidi se zdravotním postižením podle jednotlivých krajů ČR je znázorněn v následující tabulce č. 3.

Tabulka 3: Počet ústavních zařízení pro lidi se zdravotním postižením podle krajů

Kraj	Počet ústavních služeb	Počet uživatelů	Z toho dětí
Jihočeský	24	1 017	41
Plzeňský	22	1 527	121
Královéhradecký	21	759	20
Moravskoslezský	56	1 595	96
Jihomoravský	35	1 514	130
Středočeský	65	1 765	123
Liberecký	23	412	62
Karlovarský	16	623	36
Vysočina	22	735	80
Olomoucký	16	1 261	53
Ústecký	50	1 826	134
Zlínský	30	1 249	96
Pardubický	24	1 010	53
Praha	14	724	n/a
Celkem	418	16 017	1 045

Zdroj: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2013

Do projektu „**Podpora transformace sociálních služeb**“ je zapojeno 27 organizací zřizovaných jednotlivými kraji s krajskou působností nebo městem a pět organizací, jejichž zřizovatelem je přímo MPSV ČR. Organizace, které jsou přímo řízené MPSV ČR, se projektu účastní z důvodů využití vzdělávacích aktivit, supervizí a dalších podpor, které projekt nabízí, a jejich úkolem je zpracovat novou koncepci poskytování sociálních služeb a rozvojový plán poskytování sociálních služeb. Přehled všech organizací je znázorněn v příloze A. Účelem účasti těchto organizací v projektu nebylo a není jejich zrušení. Jak je uvedeno výše, zadání pro tyto organizace zní vytvořit novou koncepci a rozvojový plán poskytování sociálních služeb. Ani v ostatních zařízeních zapojených do projektu se nejedná o zrušení služeb pro lidi s postižením: transformací se mění podmínky a způsob poskytování pomoci, neruší se tato pomoc jako taková.

Za dobu trvání projektu odešlo z ústavního zařízení 544 lidí. Od dubna 2009, kdy byl projekt zahájen, se 130 lidí přestěhovalo z ústavů do rodinného prostředí nebo odešli do vlastního bydlení. Dalších 414 začalo využívat komunitní sociální služby. (www.trass.cz)

2.3.2 Překážky v procesu transformace

Existují zejména tři zásadní překážky procesu transformace. Jsou to obavy z nedostatku financí, odpor k transformační změně a otázka využití stávajících ústavních zařízení.

Největší hrozbou je **nedostatek finančních prostředků** na proces změny. Největší překážkou a hrozbou může být hlavně stránka finanční. Jedná se zejména o vysoké vstupní náklady při vytváření nových služeb, dále o financování ústavních zařízení, ze kterých budou klienti odcházet a ještě nedojde k jejich prodeji či nalezení jiné možnosti jejich využití. Minimalizovat tyto náklady půjde pouze za předpokladu důsledného naplánování rozvoje sociálních služeb v daném regionu.

Další překážkou je **odpor k transformační změně**. Uživatelé a jejich rodiny nemusí vždy proces transformace vnímat pozitivně, ale jako ztrátu dosavadních, byť negativních životních jistot. Do této doby byli zvyklí žít ve velké komunitě, mohou mít obavy z nového prostředí, ale také z nového personálu. Je tedy nutné posilovat jistoty uživatele i jeho rodiny v celém procesu. Transformace se také zásadně dotýká personálu současných zařízení. I když navržená opatření počítají s udržení nebo dokonce s navýšením pracovních míst v regionech, mohou být přesto vnímána jako práci ohrožující, a proto personálem odmítána. Zásadní skutečností také může být to, že v některých oblastech je v jednom ústavu v pracovním poměru i několik členů z jedné rodiny, která je tak na příjmech z této práce životně závislá. Přitom právě kvalitní personál je nosným prvkem celého transformačního

procesu. Další obavou personálu může být také to, zda celý transformační proces zvládnou (dojíždění do nové lokality, různá školení atd.) Důležité je tedy vzdělávání a přesvědčování personálu o důležitosti procesu transformace.

Problém, který je také potřeba řešit, je **využití stávajících ústavních zařízení**. Tato zařízení jsou často modernizována, přestavována či nově vybudována. Nabízí se zde možnost jejich prodeje, změny účelu užití, pronájmu, či v krajním případě jejich zbourání (MPSV, 2007). Důležité však je, aby nedocházelo k další institucionalizaci, tedy aby do stávajících ústavů nebyli přijímáni noví klienti.

3 ANALÝZA PROCESU TRANSFORMACE U VYBRANÝCH POSKYTOVATELŮ

Jednou z nejvýznamnějších otázek z hlediska vlivu na počáteční fáze transformačního procesu je, zda změnu přináší a zahajuje někdo zvenku a ona se tak pro organizaci stává spíše nařízenou povinností, nebo zda podnět ke změně přichází zevnitř, tj. změna vychází z potřeb vedení organizace. (Furmaníková et al., 2013)

Následující kapitola je zaměřena na poskytovatele sociálních služeb, kteří již v minulosti přešli z ústavní péče, v rámci které poskytovaly služby dospělým lidem s mentálním nebo s tělesným postižením, na poskytování služeb v běžné komunitě na základě iniciativy samotného poskytovatele, konkrétně se jedná o Domov Dědina Opočno, nebo kteří tímto procesem transformace a deinstitucionalizace procházejí v současné době v rámci projektu MPSV „Podpora transformace sociálních služeb“. Zde se analýza bude týkat Ústavu sociální péče pro tělesně postižené v Hořicích v Podkrkonoší.

Analýza u těchto zařízení probíhala především na základě řízených rozhovorů. U Domova Dědina Opočno byly informace získány od ředitelky Mgr. Aleny Goisové a informace týkající se Ústavu sociální péče v Hořicích v Podkrkonoší byly poskytnuty ekonomkou Bc. Janou Schovánkovou.

3.1 Transformace iniciovaná samotným poskytovatelem

V rámci této kapitoly bude popsán proces transformace u zařízení Domova Dědina Opočno, jakožto příspěvkové organizace zřizované Královéhradeckým krajem, které se transformovalo na základě iniciativy paní ředitelky a není tak součástí pilotního projektu MPSV „Podpora transformace sociálních služeb“.

3.1.1 Historie a průběh transformace v Domově Dědina, Opočno

Historie Domovu Dědina začíná v roce 1928, kdy byl založen Svatojánský ústav pro péči o hluchoněmé a slabomyslné ženy, který sídlil v Hradci Králové. Koncem roku 1951 byl ústav přesídlen do prostor kapucínské kláštera v Opočně, kde do roku 1982 o obyvatelky pečovaly výhradně řádové sestry, poté byla jejich péče nahrazena civilním personálem. Do roku 1985 byla kapacita zařízení kolem 30 osob. Obyvatelky bydlely ve velkých pokojích i po 9 osobách a jednomu zaměstnanci mohlo být přiřazeno až 25 uživatelů. V roce 1986 byla

dokončena výstavba dvou nových budov (okálů) v prostorách klášterní zahrady a kapacita tak vzrostla na 101 uživatelů. (www.domov-dedina.cz)

První kroky vedoucí k opuštění těchto klášterních prostor byly realizovány na konci 90. let. Zásadní vliv na ně mělo seznámení ředitelky s dr. Chábem, tehdejším ředitelem transformujícího se ústavního zařízení v Horní Poustevně, návštěva tohoto zařízení a účast poskytovatele v česko-britském projektu PHARE. K podpoře přispěla také účast ředitelky a vybraných zaměstnanců na seminářích, na kterých vystupovali především britští lektoři. Komunitní typ péče pro osoby se zdravotním postižením se začal poskytovat již v roce 1999, kdy k současnému zařízení přibyl středisko sídlící v prostorách bývalé školy v Klášteře nad Dědinou. Potřebné finanční prostředky na rekonstrukci byly získány z programu PHARE. Jednalo se tedy o první transformované středisko, ve kterém pracovníci získali zkušenosti s novým způsobem podpory klientů, s jinou organizací práce i se soužitím s místními obyvateli. Do tohoto střediska bylo přestěhováno osm klientek. Jelikož se tento způsob poskytování sociálních služeb osvědčil, byl posléze vypracován a schválen investiční záměr výstavby dalších objektů DOZP ve třech lokalitách v letech 2005 až 2007. Zbývající uživatelky byly přestěhovány a v roce 2007 došlo k úplnému opuštění klášterních prostorů. Kromě těchto pobytových služeb byla v novém areálu v Opočně zřízena služba denního stacionáře. V areálu sídlí i ředitelství a administrativní služby poskytovatele. Tím se uzavřela etapa opočenského ústavu sociální péče. Tento název přestalo zařízení používat. Současný platný oficiální název je Domov Dědina.

3.1.2 Charakteristika transformace

Transformaci Domova Dědina lze označit spíše za změnu za provozu, než za detailně připravený projekt. Poskytovatel nevytvářel transformační plán, naopak se orientoval na šíření vize v organizaci a na získávání podpory ze strany zaměstnanců. Jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, změny byly iniciovány paní ředitelkou a jejím zástupcem. Podstatné pro uskutečnění těchto změn byly pro ředitelku i zaměstnance především exkurze do zařízení Horní Poustevna. Pro vzdělávání v transformaci ředitelka založila také občanské sdružení, jehož posláním bylo modernizovat a zvýšit kvalitu tehdejších sociálních služeb a to prostřednictvím vzdělávání pracovníků v sociálních službách. Ředitelka však byla nucena, pro hrozící konflikt zájmů, ze sdružení vystoupit.

Vzhledem k tomu, že veškeré transformační aktivity byly vedeny ředitelkou a zařízení nebylo zapojeno do žádného transformačního projektu, bylo tempo změn přizpůsobováno

pracovníkům a uživatelům. Veškeré aktivity probíhaly postupně a nenásilně, což vedlo k tomu, že většina pracovníků transformaci přijala.

K průběhu transformace přispěla také důvěra ve schopnosti zaměstnanců, kdy na vybrané jedince postupně delegovala odpovědnost nejdříve za přípravu zprovoznění, následně pak za řízení nově vybudovaných středisek. Ve vedoucích pozicích tak dnes působí lidé, kteří do zařízení nastupovali na pozici pracovníka civilní služby (dnes zástupce ředitelky), účetní nebo švadleny (dnes pracovníci v sociálních službách). Transformace samotná byla vedena ředitelkou, ale vedoucí střediska si určoval chod střediska sám (organizaci činnosti pracovníků, práci s klienty atd.). Dalším strategickým krokem také bylo zavedení povinnosti pro pracovníky v přímé péči vypracovávat individuální plány, což jim kromě vyšší odpovědnosti přináší i vyšší finanční ohodnocení. Ředitelka tedy svým zaměstnancům důvěřuje, na druhou stranu je schopná kvalitu jejich práce monitorovat a podávat zpětnou vazbu.

Dalším důležitým krokem bylo seznámit veřejnost a obce, ve kterých měla být vystavěna nová střediska, s procesem transformace. Den otevřených dveří byl pořádán ve starém zařízení a dokonce několikrát i v nových objektech. Veřejnost se obávala především samotného chování klientek, na druhou stranu se zde také objevovala určitá závist z toho, že klientky budou žít v tak komfortním prostředí.

Na průběh transformace působila řada pozitivních i negativních vlivů. Mezi ty pozitivní, které úspěšně přispěly k procesu transformace, zejména patřily:

- odhodlání ředitelky ke změně a spolupráce s ředitelem zařízení Horní Poustevna,
- velice dobrá spolupráce mezi ředitelkou a jejím zástupcem,
- exkurze zaměstnanců do již transformujících se zařízení, jejich školení a další vzdělávání,
- schopnost ředitelky získat finanční prostředky,
- dobrá zkušenost s integrací klientek do komunity v Klášteře nad Dědinou, kde pracovníci, klienti a veřejnost získali první zkušenosti.

Vlivy, které naopak komplikovaly jednotlivé transformační aktivity, byly:

- doba, ve které se transformační aktivity odehrávaly,
- hledání podoby systému individuálního plánování, která by umožňovala práci v nových službách,
- problém s architektonickým řešením nových objektů a s nalezením zkušených architektů.

3.1.3 Poskytované služby

Příspěvková organizace Domov Dědina Opočno (dále jen DDO) poskytuje v současnosti dvě sociální služby, a to domov pro osoby se zdravotním postižením a denní stacionář ženám s mentálním nebo sluchovým postižením. Služba je poskytována dospělým ženám převážně ve věku 27-64 let. Služba DOZP je poskytována 104 klientkám a služba denní stacionář pěti klientkách. Od roku 2014 by mělo zařízení poskytovat také službu chráněného bydlení.

Vzhledem k tomu, že se proces transformace týká služeb poskytovaných formou domova pro osoby se zdravotním postižením, bude se dále práce zabývat pouze touto sociální službou.

DOZP je poskytován v celkem v 11 objektech v následujících čtyřech lokalitách:

- **Opočno** – středisko v Opočně tvoří centrum DDO. Nachází se zde dva ubytovací pavilony pro 24 uživatelk vyžadujících zvýšenou péči, dále se zde nachází také centrum pro vzdělávací a zájmové aktivity uživatelů, denní stacionář, fyzioterapie a administrativní a technické zázemí pro management. Objekty se nacházejí na okraji města v oploceném areálu.
- **České Meziříčí a Přepychy** – v těchto lokalitách jsou vybudovány dva dvojdomky celkem pro 36 klientek, každý dvoj domek má kapacitu 18 osob a klientky zde žijí ve dvou oddělených domácnostech po devíti. Dvojdomky jak v Českém Meziříčí, tak v Přepychách, jsou vystavěny v oblasti nové zástavby v dané obci.
- **Klášteř nad Dědinou** – středisko, které je vybudováno z bývalé školy, je určeno pro osm uživatelk. Budova se nachází v centru obce. (www.domov-dedina.cz)

Přehled kapacit jednotlivých lokalit DDO zobrazuje tabulka č. 4. Tyto domácnosti, které byly nově vybudovány v rámci transformace, a také nové zařízení v Opočně se nazývají střediska. V každém středisku je poskytována uživatelkám 24 hodinová podpora. V jednotlivých střediscích nejsou uživatelky striktně rozděleny podle stejné míry podpory, naopak v každém domě je vždy několik uživatelk s nízkou mírou podpory, několik se střední a několik s vysokou mírou podpory¹. Toto rozložení uživatelk v jednotlivých střediscích je vedením zdůvodňováno tím, že si mohou mezi sebou vzájemně pomáhat a podporovat se, a také z důvodu lepšího rozložení sil pracovníků (samostatnější uživatelky se většinou věnují svým aktivitám a tak se mohou pracovníci intenzivněji věnovat těm, které zůstanou doma), Ve středisku v Opočně, kde jsou ubytovány uživatelky s vysokou mírou podpory, je přítomen

¹ Osoba s nízkou mírou podpory – potřebná péče ze strany druhých osob cca 1-7 h denně, osoba se střední mírou podpory – potřebná péče ze strany druhých osob cca 8-16 h denně, osoba s vysokou mírou podpory – potřebná péče ze strany druhých osob cca 17-24 h denně.

i zdravotnický personál. Služby se jednotlivým pracovníkům rozepisují předem, a to dle konkrétních potřeb uživatelů.

Tabulka 4: Přehled kapacit objektů v jednotlivých lokalitách Domova Dědina Opočno

Lokalita	Objekt	Počet uživatelů
Opočno	Budova 1	12
	Budova 2	12
České Meziříčí	Budova 3	9
	Budova 4	9
	Budova 5	9
	Budova 6	9
Přepychy	Budova 7	9
	Budova 8	9
	Budova 9	9
	Budova 10	9
Klášteř nad Dědinou	Budova 11	8

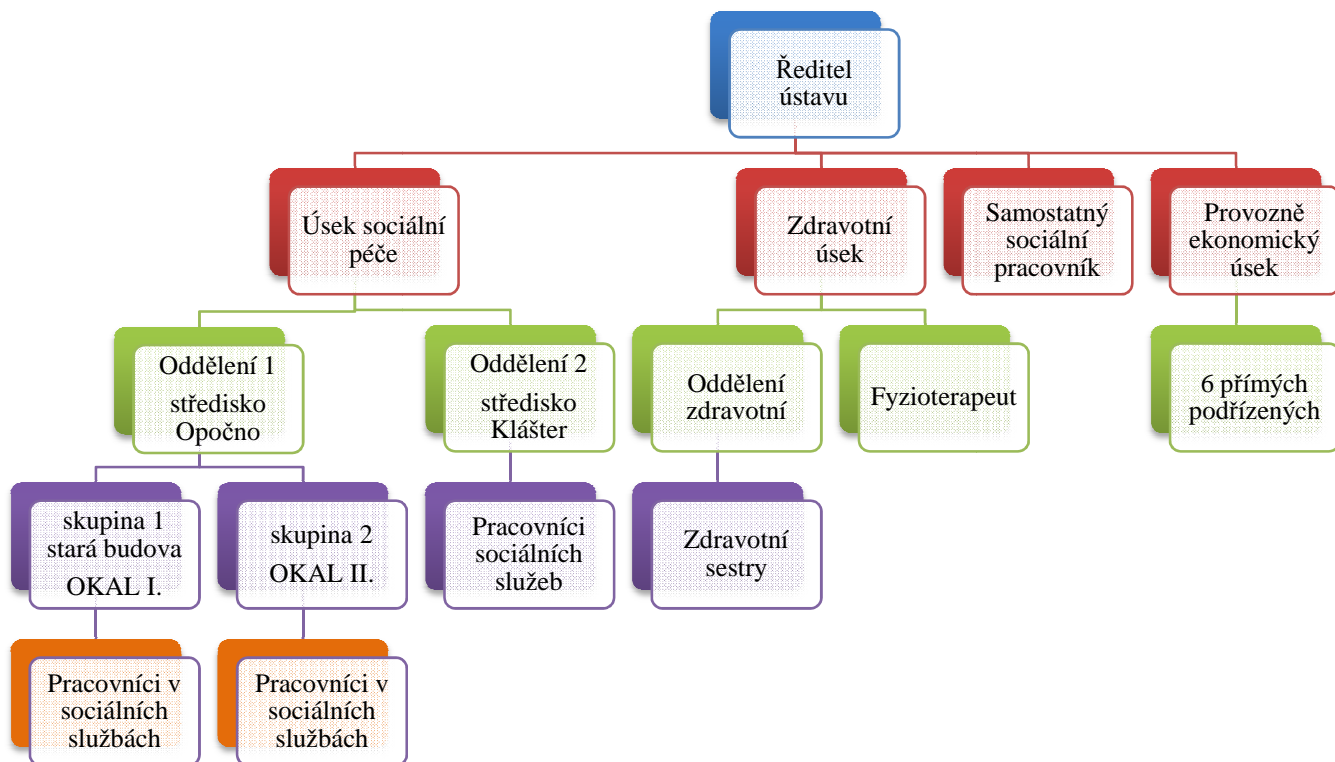
Zdroj: www.domov-dedina.cz

Uživatelky žijí v jednotlivých objektech v 16 jedno-lůžkových a 44 dvou-lůžkových pokojích, ve kterých mají vlastní sociální zařízení. Pouze v rekonstruovaném objektu v Klášteře nad Dědinou, kde se jedná o budovu bývalé školy, sdílí uživatelky společné sociální zařízení.

3.1.4 Personální zajištění služby

Organizační struktura před transformací

Jak vyplývá z obrázku č. 3, přímými podřízenými ředitelky ústavu byl vedoucí úseku sociální péče, vedoucí zdravotního úseku, dva samostatní sociální pracovníci a vedoucí provozně-ekonomického úseku. Vedoucí úseku sociální péče řídil dvě střediska v Opočně a v Klášteře nad Dědinou. Pod středisko v Opočně spadaly dvě skupiny – OKAL I. a OKAL II. (nově vystavěné budovy v zahradě kláštera). Do skupiny 1 patřil OKAL I. a také stará budova historického kláštera a do skupiny 2 spadal OKAL II. Ve skupině první pracovalo 21 pracovníků v sociálních službách a ve skupině druhé pracovalo šest pracovníků v sociálních službách. Pod zdravotní úsek spadalo jedno zdravotní oddělení, jehož vedoucí řídil čtyři zdravotní sestry, a jeden fyzioterapeut. Podřízenými vedoucího provozně-ekonomického úseku, kterým byl rozpočtář organizace, byli: jeden účetní, jedna uklízečka, jeden údržbář, dvě prادلenny a jedna šička.

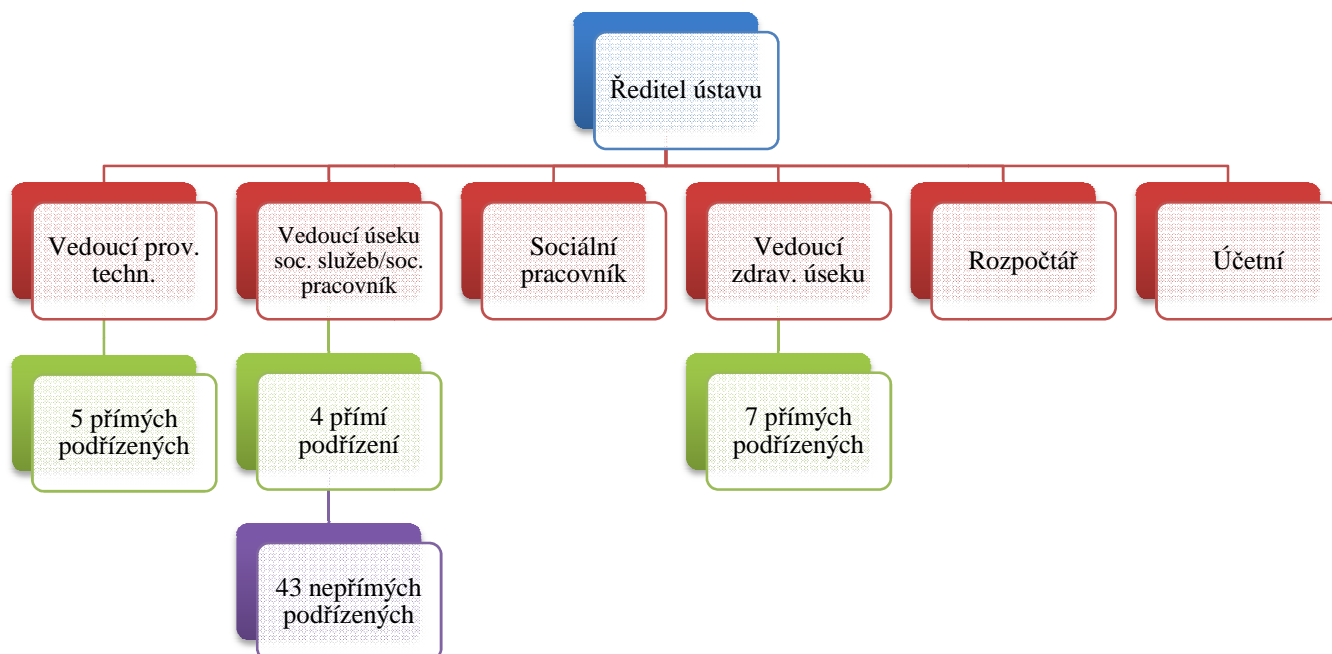


Obrázek 3: Schéma organizační struktury DDO před transformací

Zdroj: materiál předložený poskytovatelem

Organizační struktura po transformaci

Organizační struktura je v současné době čtyřstupňová (viz. Obrázek č. 4). V čele DDO stojí ředitelka, která je řízena zřizovatelem, jejími přímými podřízenými jsou jednotliví vedoucí pracovníci. Kromě sociálního pracovníka, rozpočtáře a účetního mají tito vedoucí pracovníci své podřízené. Velký důraz je kladen na spolupráci mezi jednotlivými úseky.



Obrázek 4: Schéma organizační struktury DDO po transformaci

Zdroj: materiál předložený poskytovatelem

Z uvedené organizační struktury vyplývá, že:

- Vedoucí provozně technického úseku má pět podřízených (uklízečka, krejčí apod.).
- Vedoucí úseku sociálních služeb má pod sebou čtyři samostatné jednotky, kterými jsou jednotlivá střediska včele se svými vedoucími (středisko Opočno, České Meziříčí, Přepychy, Klášterec nad Dědinou), každý vedoucí má pak pod sebou skupinu pracovníků v sociálních službách.
- Vedoucí zdravotního úseku má sedm podřízených, mezi které spadají všeobecné zdravotní sestry a fyzioterapeut.

3.2 Transformace v rámci pilotního projektu MPSV

Transformační proces v letech 2009 – 2013 byl prioritě zajišťován prostřednictvím projektu „**Podpora transformace sociálních služeb**“, hrazeného z prostředků Evropského sociálního fondu prostřednictvím OP Lidské zdroje a zaměstnanost v rámci prioritní osy 3 Sociální integrace a rovné příležitosti. Celkem bylo vyhrazeno na tento projekt 136,25 mil. Kč. Hlavním záměrem tohoto projektu je **podpora transformace vybraných zařízení sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením v České republice.**

Na základě podrobných analýz a zmapování situace v oblasti sociální péče je zajišťován systém podpory transformace služeb sociální péče, rozvojové plány vycházející z problematiky transformačního procesu a jejich naplňování v praxi. Je podporována informovanost o procesu transformace institucionální péče pro osoby se zdravotním postižením, vytvářen systém vertikální a horizontální spolupráce mezi všemi dotčenými subjekty procesu transformace institucionální péče, podporován proces zkvalitňování životních podmínek uživatelů stávajících pobytových zařízení sociální péče a naplňování lidských práv uživatelů pobytových sociálních služeb a jejich práva na plnohodnotný život srovnatelný s vrstevníky žijícími v přirozeném prostředí.

Hlavní cílové skupiny jsou:

- poskytovatelé sociálních služeb a další subjekty poskytující služby napomáhající sociální integraci cílovým skupinám,
- osoby se zdravotním postižením;
- kraje, obce, organizace zřízené kraji a obcemi, MPSV;
- odborná veřejnost;
- laická veřejnost. (MPSV, 2013)

Projekt je zajištěn odborem sociálních služeb a sociálního začleňování MPSV a dále zejména prostřednictvím **Národního centra podpory transformace sociálních služeb**, které bylo zřízeno v roce 2010 na základě veřejné zakázky MPSV. Mezi aktivity Národního centra podpory transformace sociálních služeb patří naplnění šesti základních cílů podpory transformace, a to:

- *Personální zajištění* – personální zajištění Národního centra v Praze a Národního centra na úrovni jednotlivých krajů.
- *Organizačně technické zajištění procesu transformace sociálních služeb* (technická a asistenční podpora resortnímu týmu MPSV, zajištění pracovních skupin, zajištění činnosti regionálních transformačních týmů na úrovni jednotlivých krajů, apod.)
- *Zajištění vzdělávacích programů, průběžného vzdělávání zainteresovaných aktérů procesu transformace a další podpory pracovníků* – workshopy, zajištění supervize a intervize
- *Pilotní ověření realizace transformace na úrovni vybraných zařízení* - především tvorba transformačního plánu, příprava uživatelů a personálu
- *Tvorba systémových nástrojů procesu transformace* - zejména analýzy, zprávy, metodická podpora, manuál transformace)

- *Zajištění Public Relations* – seznamování odborné, novinářské a široké veřejnosti s projektem. (MPSV, 2010)

Kritéria procesu transformace

Pro pilotní projekt transformace v České republice byla definována kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče. Tato kritéria slouží k naplnění záměrů podpory transformace. Jsou také závaznými podmínkami pro čerpání investičních prostředků z Integrovaného operačního programu pro vybraná zařízení sociálních služeb. Hlavním cílem těchto kritérií je nastavit jasný rámec transformace vybraných zařízení sociální péče na základě individuálně určených potřeb uživatelů, umožnit uživatelům sociálních služeb jejich aktivní zapojení se na trh práce a do společnosti a přispění k realizaci deinstitucionalizace sociálních služeb v České republice.

Technické charakteristiky jsou rozděleny do těchto základních oblastí, a to: humanizace stávajících institucí, investice do přeměny v komunitní poskytování, zázemí pro ambulantní služby, zázemí pro terénní služby, domácnosti uživatele a zázemí pro management. Cílem je snižování kapacity a humanizace stávajících objektů, opouštění dispozičně nevyhovujících objektů (historické budovy, zámky, továrny) a v souladu se střednědobými plány vyšších územně samosprávných celků vytvoření sociálních služeb v běžné komunitě umožňující maximálně individualizovaný život uživatele. Technické charakteristiky také určují požadavky na lokalitu, na prostředí, ve kterém má být domácnost vystavěna a dále stanovuje společné znaky pro všechny formy domácností uživatele.

Provozní charakteristiky se týkají umístění domácností a jejich začlenění do obce, na kvalitu exteriéru a interiéru a jejich vybavenost. Domácnost je dobře fyzicky začleněna do obce. Budova musí být udržována tak, aby přispívala k vytváření příjemného a upraveného místa k bydlení. V budově musí být zachován prostor pro individualitu, autonomii a možnosti společenského styku. Vybavení domácnosti odpovídá postižení uživatelů a jejich potřebám.

Procedurální charakteristiky sledují metody a způsob poskytování sociální služby. Poskytovatel musí splňovat standardy kvality sociálních služeb a poskytované služby musí vždy vycházet z osobních cílů uživatele

Personální charakteristiky se zaměřují na personální otázky poskytování sociálních služeb. Řeší výběr a přijímání pracovníků v přímé péči o uživatele, přičemž organizace má jasná pravidla pro přijímání nových pracovníků. Určují také dobu zácvičení nového pracovníka. Dále personální charakteristiky stanovují požadavky na vypracování důležitých dokumentů

a postupů, jako je poslání a cíle organizace, pracovní náplně, postup pro nepředvídané události a krize atd. (MPSV, 2009)

Konkrétní kroky k transformaci

Poskytovatel by v rámci procesu transformace měl podstoupit těchto deset následujících kroků:

- Zvyšování povědomí o transformaci a humanizaci služby – všechny zainteresované subjekty by se měly pozitivně zapojit do procesu, měly by si uvědomovat negativní důsledky života v instituci a důvody, proč je potřeba vrátit uživatele do běžné komunity. Každá organizace zapojená do procesu by měla zvyšovat povědomí mezi uživateli, u rodinných příslušníků a opatrovníků, mezi zaměstnanci, místní komunity, ve vládě a na úrovni regionálních politiky.
- Řízení procesu – cílem je vytvoření jasného schématu řízení procesu s vymezením kompetencí a odpovědností jednotlivých subjektů na všech úrovních procesu. Měl by být vytvořen transformační tým, zahrnující minimálně projektového manažera, sociálního pracovníka, psychologa, terapeuta, vychovatele, ekonoma, pracovníka v přímé péči o uživatele, administrativního pracovníka, pracovníka Národního centra a zástupce zřizovatele. Transformační tým ještě před vytvořením transformačního plánu identifikuje rizika procesu a stanoví postup jejich předcházení a odstranění. Poskytovatel v rámci řízení procesu respektuje potřeby uživatele.
- Provedení analýz na národní úrovni a úrovni krajů – každý poskytovatel spolupracuje na provedení národních analýz a analýz na úrovni kraje. Analýzy jsou zaměřeny na fyzické zdroje, lidské zdroje a finanční zdroje.
- Provedení analýzy na úrovni ústavní instituce – tyto analýzy jsou základem pro vypracování individuálního plánu péče o uživatele. Shromažďují údaje o uživateli, včetně informací o dosažitelnosti rodiny, mapují také významné údaje o personálu a také o budově. Potřeba je také znát dynamiku přijímání a propouštění uživatelů.
- Návrh systému alternativních služeb – v tomto kroku dochází na základě analýz v předchozím bodě k návrhu nových domácností, denních programů, terénních služeb a tedy k vypracování transformačního plánu.
- Plán přesunu zdrojů – finančních a lidských – do nové sítě služeb – po analýze stávajících a v budoucnu nutných zdrojů poskytovatel plánuje a zajišťuje přesun zdrojů na nové služby.

- Příprava a přemístění uživatelů – poskytovatel musí uživatele na přesun řádně připravit. Podílí se na formování vztahů a důvěry s pracovníky, zaobírá se problémy s chováním související s připoutáním k prostoru a osobám, dále seznamuje uživatele s novým místem.
- Příprava a přeškolení personálu původního zařízení – samotný proces přeškolení personálu má jasná pravidla, která jsou transparentní. Poskytovatel seznamuje s procesem transformace všechny zaměstnance. Stávajícím pracovníkům je nabídnuta možnost rekvalifikace, pokud však již nechtějí s uživateli pracovat, poskytovatel jim pomáhá najít nové pracovní místo.
- Logistická podpora – při přípravě a přesunu uživatelů i pracovníků je potřeba postupovat podle časového harmonogramu, zpracovaného s ohledem na potřeby a připravenost uživatelů a na finanční a personální zajištění.
- Monitoring a hodnocení nového stavu – poskytovatel monitoruje, jak se uživatel v novém prostředí zabydluje, jeho sblížení s personálem a novými sousedy. Primárními indikátory ukazujícími na úspěšně probíhající proces jsou fyzický a psychický stav uživatele.

Proces transformace je v každém zařízení zcela individuální a musí vždy vycházet z individuálně určených potřeb uživatelů dané sociální služby. Stanovené kroky jsou uvedeny pouze v obecné rovině. Každé zařízení, které se na transformaci připravuje, se vyznačuje specifickými potřebami v průběhu procesu. Proces transformace v jednotlivých organizacích poskytujících sociální služby různým cílovým skupinám se může do jisté míry lišit. (MPSV,2009)

3.2.1 Historie a průběh transformace v ÚSP

Budova ústavu byla postavena v roce 1934 z nadace Petra hraběte Strozziho jako invalidní azyl pro vysloužilé důstojníky a vojáky. Teprve v roce 1965 začala fungovat jako ústav pro tělesně postižené. V tomto roce předalo Ministerstvo národní obrany Invalidovnu Státnímu úřadu sociálního zabezpečení. Prvního ledna 1991 se Ústav sociální péče pro tělesně postižené v Hořicích v Podkrkonoší stal rozpočtovou organizací Ministerstva práce a sociálních věcí a získal právní subjektivitu. K tomuto datu bylo v ústavu 91 obyvatel. V období následujících deseti let, kdy bylo ministerstvo zřizovatelem ústavu, došlo postupně ke kompletní rekonstrukci budovy i přilehlého parku. Celkem bylo proinvestováno cca 50 mil. Kč. Rekonstrukcí prošla kotelna, prádelna i celý stravovací provoz. Postupně byly přistavěny k hlavní budově dva moduly, ve kterých jsou umístěny evakuační výtahy, denní

místnosti pro klienty a koupelny vybavené speciální zdravotnickou technikou. V těsné blízkosti hlavní budovy byl postaven nový objekt pro rehabilitaci a ergoterapii, který je s hlavní budovou propojen mostem. V průběhu těchto rekonstrukcí byly kompletně v budově odstraněny bariéry a zároveň byl bezbariérově upraven i rozsáhlý park. V červenci roku 2001 převzal zřizovatelskou funkci Královéhradecký kraj. (vlastní šetření)

Zřizovatel zařadil do pilotního projektu MPSV „Podpora transformace sociálních služeb“ Ústav sociální péče pro tělesně postižené v Hořicích v Podkrkonoší teprve v roce 2009. V Královéhradeckém kraji byly do projektu původně zařazeny tři příspěvkové organizace. Ústav sociální péče pro mentálně postiženou mládež Chotělice, Domov sociálních služeb Skřivany a Barevné domky Hajnice. Později zřizovatel vyřadil Ústav sociální péče pro mentálně postiženou mládež v Chotělicích a nahradil jej právě zmiňovaných Ústavem sociální péče pro tělesně postižené v Hořicích v Podkrkonoší.

Vedení organizace postupně začalo zpracovávat první dokumenty (např. portfolio organizace) a seznamovat se se základními principy transformace a deinstitucionalizace. Dá se říci, že pro ně z počátku znamenala jakési nutné zlo, které se stalo součástí jejich každodenní práce. Nejdříve vedení seznámilo s transformací zaměstnance a poté oslovilo i klienty zařízení. V té době se z klientů do transformace přihlásilo 25 obyvatel. Nejdůležitější faktor pro stanovení transformačního záměru byl zájem ze strany klientů. Definitivně bylo rozhodnuto o částečné transformaci. To znamená, že zařízení neopustí budovu ústavu úplně, ale bude komunitní péči poskytovat pouze části klientů. Postupně bylo navrženo několik variant. Od výstavby tří rodinných domků v Hořicích, přes variantu dvou rodinných domků v Hořicích a jednoho v Hradci Králové, až po výstavbu dvou rodinných domků v Hořicích a zároveň přestěhování jednoho uživatele do individuálního bydlení v Jičíně společně s klientkami ÚSP Skřivany.

Varianty výstavby rodinných domků byly následující:

- **První varianta:** tři rodinné domky v Hořicích – nebylo podpořeno ze strany MPSV.
- **Druhá varianta:** dva rodinné domky v Hořicích a jeden v Hradci Králové – nebyl nalezen vhodný pozemek v krajském městě pro výstavbu rodinného domku.
- **Třetí varianta:** dva rodinné domky v Hořicích + jeden uživatel v individuálním bydlení v Jičíně – nebylo možno realizovat z důvodu vyřazení ÚSP Skřivany z pilotního projektu.

Od roku 2010 zpracovávalo vedení ústavu za pomoci pracovníka „Národního centra pro podporu transformace“ svůj transformační plán. Ten byl MPSV schválen v roce 2011.

Zároveň bylo v tomto roce dokončeno individuální posuzování uživatelů ke zjištění výše míry podpory ze strany poskytovatele sociální služby. Projektová žádost byla podána k 31. 12. 2011 a schválena ministerstvem po úpravách v létě 2012. V roce 2013 byla zpracována a MPSV schválena prováděcí projektová dokumentace a podána žádost o stavební povolení. Výstavba by měla být dokončena v roce 2015. Celkem projekt bude stát 20 miliónů korun, celá suma bude financována z již zmíněného Evropského sociálního fondu, kde kraj bude vystupovat jako investor a ÚSP Hořice jako provozovatel.

V průběhu těchto let prošel management i pracovníci v přímé péči vzděláváním k transformaci odbornými semináři i supervizemi, díky kterým se seznámili se všemi aspekty transformace a deinstitucionalizace a pochopili jejich cíle. Rovněž si uvědomili nedostatky ústavní péče, které mohou být při poskytování komunitní péče odstraněny.

3.2.2 Charakteristika transformace

V Ústavu sociální péče se v současnosti nachází 42 pokojů, z nichž je pouze 10 jednolůžkových, a nevhodná jsou také společná sociální zařízení na každém patře. Příznivé není ani umístění budovy ústavu, pro některé obyvatele je téměř nemožné, aby na mechanických vozících bez doprovodu zdolali stoupání kopce Gothard, na kterém se ústav nachází. S ohledem na přání a potřeby klientů bylo definitivně rozhodnuto o výstavbě dvou rodinných domků v Hořicích. Pro výstavbu ve městě mluvilo jednak přání obyvatel, kteří se chtějí přestěhovat z ústavu, jednak bezbariérovost města, přístup k veřejným službám i jejich spektrum. Rozhodnutí bylo rovněž ovlivněno vstřícností zastupitelů i úředníků města Hořice, kteří nabídli ústavu k odkoupení pozemky v nově vznikající lokalitě v jižní části města.

Záměrem transformace zařízení je výstavba dvou rodinných přízemních dvojdomků celkem pro 16 obyvatel v nově vzniklé ulici Karla Kofránka, která se nachází v rovinaté části města (příloha 1 - mapa znázorňující stávající a nové zařízení). Domy budou rozděleny na dva oddělené byty a v každém z nich budou žít čtyři klienti. Jeden rodinný domek bude určen klientům, kteří jsou plně závislí na poskytované sociální službě, druhý bude pro klienty s nižší mírou závislosti na službě, kteří nepotřebují 24 hodinovou službu. V dvojdomku, který bude určen pro klienty s vysokou mírou podpory, bude podkroví, které bude sloužit jako prostor pro denní programy. Největší důraz v rámci denních programů bude kladen na rehabilitaci, protože cílem uživatelů služby je především udržení schopností sebeobsluhy (zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, osobní hygieny). V obou domcích bude obyvatelům

k dispozici odborný personál, který bude zajišťovat potřebnou podporu dle individuálních potřeb jednotlivých klientů. (vlastní šetření)

3.2.3 Poskytované služby

Dle zákona o sociálních službách poskytuje zařízení jedinou sociální službu, a to DOZP. Cílovou skupinou jsou lidé s tělesným postižením, kteří mají sníženou schopnost sebeobsluhy, soběstačnosti a mobility. Z toho důvodu jsou převážně nebo úplně závislí na pomoci a podpoře jiné fyzické osoby a tuto podporu jim nelze zajistit prostřednictvím rodiny, terénních nebo ambulantních služeb. Kapacita ústavu je 79 klientů. Jsou to dospělí lidé, muži i ženy. Věkový průměr je 55 let. V ústavu se nachází 10 jednolůžkových, 29 dvoulůžkových a tři vícelůžkové pokoje. Díky transformaci dojde na hlavní budově ke snížení počtu klientů, a bude tak k dispozici o 16 jednolůžkových pokojů více. (www.usphorice.cz)

Struktura poskytovaných služeb po transformaci

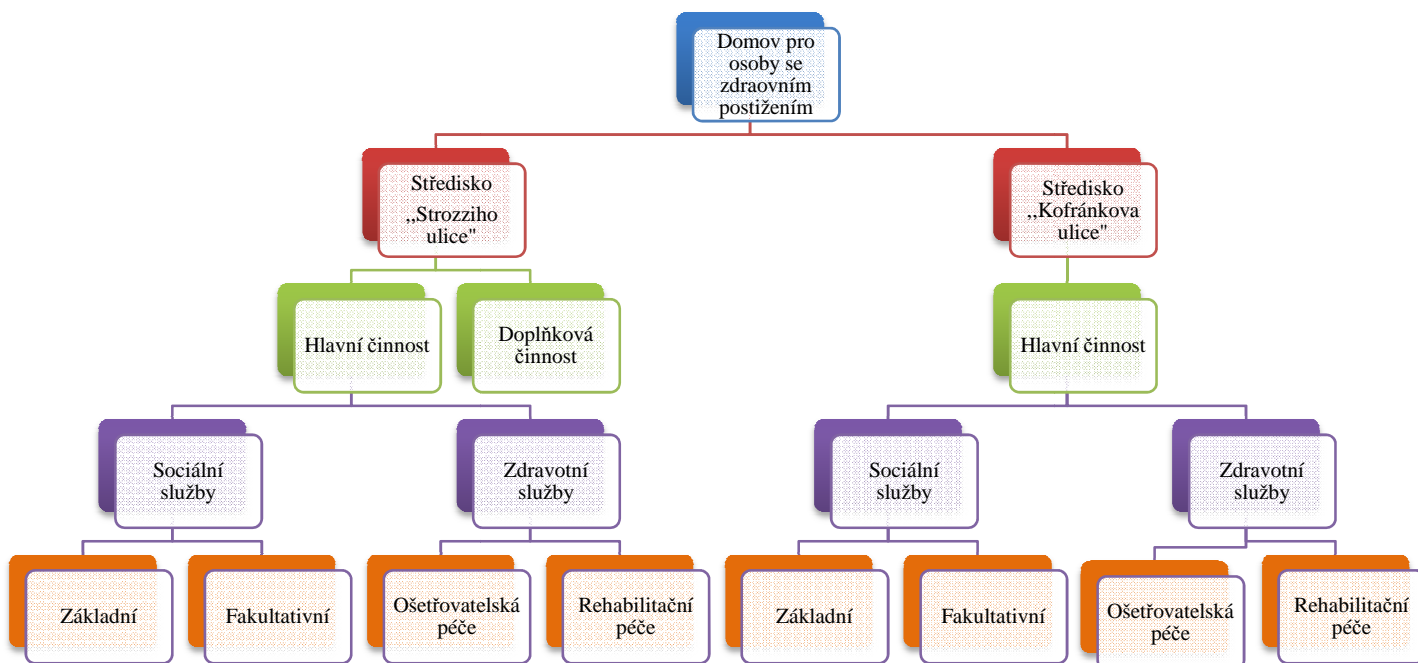
Po transformaci bude poskytována i nadále ústavní péče ve středisku ve Strozziho ulici, ale nově také komunitní péče ve středisku v Kofránkově ulici. Hlavní činnost obou středisek bude poskytování sociálních a zdravotních služeb. Sociální služby se budou v obou střediscích shodovat. Základní sociální služby budou zahrnovat (stejně jako v zákoně o sociálních službách):

- poskytnutí ubytování,
- poskytnutí stravy,
- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo při poskytnutí podmínek pro vlastní hygienu,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- aktivizační činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Vedle základních činností bude v obou střediscích poskytována také fakultativní služba, a to doprava pro osobní účely klientů. Ve středisku „Strozziho ulice“ bude i nadále poskytována ošetrovatelská péče prostřednictvím zaměstnanců zařízení, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání, s tím, že rozsah péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění je stanoven vyhláškou. Ve středisku „Kofránkova ulice“ bylo původně zvažováno zajištění zdravotní péče formou Home care (péče v domácím prostředí). Tato

varianta se však později ukázala jako nevhodná vzhledem k tomu, že zdravotní pojišťovna nehradí výkony domácí zdravotní péče, které jsou prováděny u uživatele pobytové sociální služby.

Pro lepší přehlednost je struktura poskytovaných služeb znázorněna na následujícím obrázku č. 5.



Obrázek 5: Schéma poskytovaných služeb po transformaci

Zdroj: materiál předložený poskytovatelem

3.2.4 Personální zajištění služby

Organizační struktura před transformací

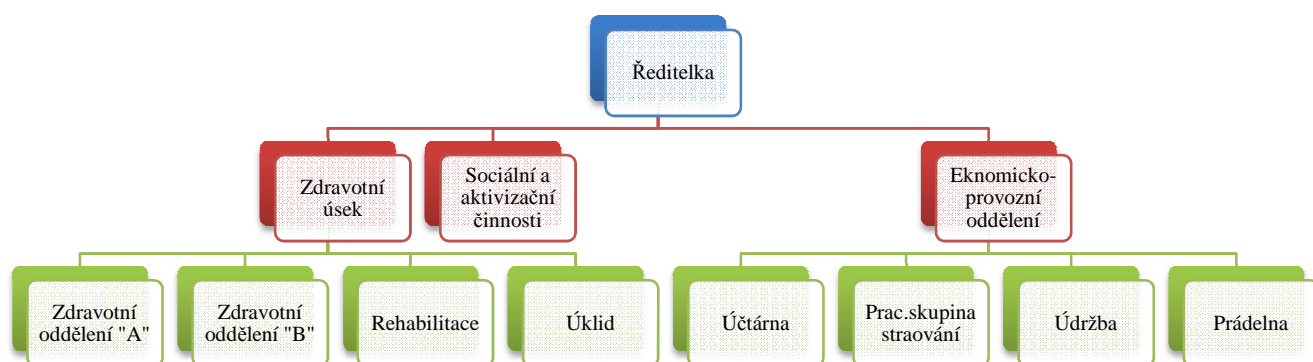
Jak je vidět na obrázku č. 6 je ředitelce ústavu v současné organizační struktuře podřízen zdravotní úsek, úsek sociálních a aktivizačních činností a ekonomicko-provozní oddělení.

Zdravotní úsek vede vedoucí úseku (vrchní sestra), která má pod sebou dvě zdravotní oddělení, z nichž každé má svoji vedoucí (staniční sestru). Dále má pod sebou rehabilitaci, která zahrnuje rehabilitační péči a volnočasové aktivity klientů (tzv. ergoterapii). Zároveň řídí úsek úklidu. Zdravotní oddělení zahrnuje pracovníky, kteří se přímo starají o klienty v oblasti sebeobsluhy. Jsou to jednak zdravotničtí pracovníci (všeobecné zdravotní sestry, sanitáři), jednak pracovníci v sociálních službách. Tito zaměstnanci zajišťují pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně a ošetrovatelskou péči u klientů. Celkem se jedná 31 pracovníků. Rehabilitaci zajišťují tři pracovnice. Na ergoterapii působí jedna instruktorka. Úklid zajišťuje celkem osm zaměstnanců.

Úsek sociálních a aktivizačních činností řídí ředitelka ústavu přímo. Na úseku působí tři sociální pracovníce. Jejich úkolem je kontakt se zprostředkováním kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Ekonomicko-provozní oddělení vede ekonomka, která je zároveň zástupkyní ředitelky ústavu. Vedoucí ekonomicko-provozního oddělení řídí dvě pracovníce účtárny, pět pracovníků stravovacího provozu, dva pracovníky na údržbě a dva pracovníky v prádelně. Toto oddělení zajišťuje poskytování sociální služby v oblasti ubytování a stravování.

Celkem tedy před transformací pracuje v ústavu 59 zaměstnanců.



Obrázek 6: Schéma organizační struktury ÚSP Hořice před transformací

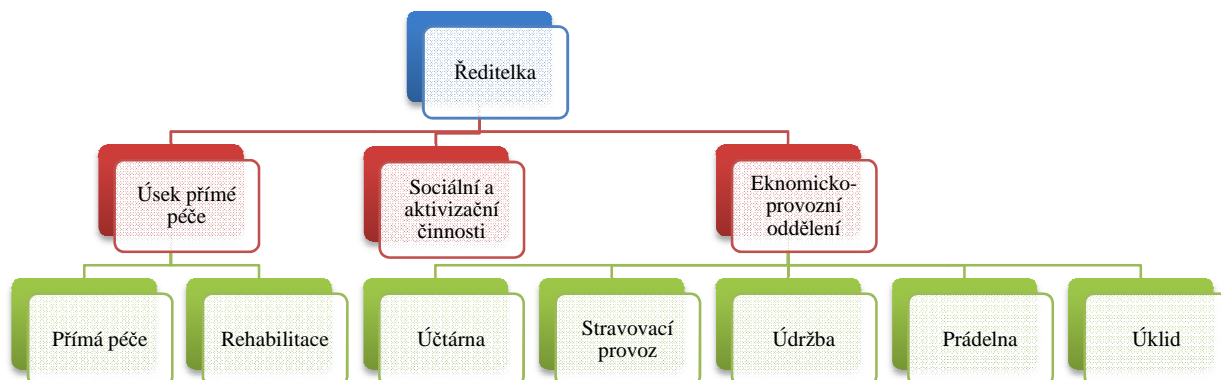
Zdroj: řízený rozhovor

Organizační struktura po transformaci

Dle transformačního plánu podléhá ředitelce ústavu jednak středisko „Strozzio ulice“ (poskytování ústavní péče) a středisko „Kofránkovy ulice“ (poskytování komunitní péče). S procesem transformace se rozložení personálu na počet uživatelů zvyšuje, a proto se personál bude moct uživatelům věnovat podle jejich individuálních potřeb.

Ve středisku „**Strozzio ulice**“ je poskytována péče 63 klientům. Péče o klienty v oblasti sebeobsluhy je zajišťována úsekem přímé péče. Úsek má svého vedoucího, který je podřízen ředitelce ústavu. Vedoucí úseku řídí přímou obslužnou péči a rehabilitaci. Přímou obslužnou péči zajišťuje celkem 29 zaměstnanců. Sociální a aktivizační činnosti zajišťují dvě sociální pracovníce a jeden pracovník v sociálních službách. Ekonomicko-provozní oddělení vede ekonomka (zástupkyně ředitelky ústavu), která řídí účtárnu, stravovací provoz, údržbu, prádelnu a úklid. Celkem jde o 17 zaměstnanců.

V tomto středisku bude celkem pracovat 52 zaměstnanců. Schéma organizační struktury ve středisku „Strozzihy ulice“ je vidět na obrázku č. 7.

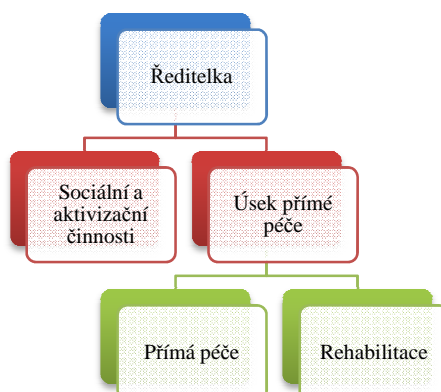


Obrázek 7: Schéma organizační struktury ve středisku „Strozzihy ulice“

Zdroj: řízený rozhovor

Ve středisku „**Kofránkova ulice**“ je poskytována komunitní péče 16 klientům. Péče o klienty je řízena vedoucí úseku přímé péče. Úsek se skládá z přímé obslužné péče s jednou všeobecnou sestrou a 15 pracovníky v sociálních službách a rehabilitace s jednou fyzioterapeutkou a jednou instruktorkou ergoterapie. Sociální a aktivizační činnosti s jednou sociální pracovnící jsou podřízeny přímo ředitelce ústavu. Ekonomicko-provozní zaměstnanci jsou podřízeni vedoucí ekonomicko-provozního oddělení, kterou je ekonomka ústavu. Jde o jednoho pracovníka administrativy, jednoho údržbáře a dvě uklízečky.

Celkem tedy bude v tomto středisku 24 zaměstnanců, z toho šest zaměstnanců přejde ze stávajícího zařízení, zbylých 18 zaměstnanců bude nových. Schéma organizační struktury ve středisku „Kofránkova ulice“ zobrazuje obrázek č. 8.



Obrázek 8: Schéma organizační struktury ve středisku „Konfránkova ulice“

Zdroj: řízený rozhovor

4 ANALÝZA EKONOMICKÝCH ÚDAJŮ U VYBRANÝCH POSKYTOVATELŮ

Analýza ekonomických údajů u Domova Dědina Opočno a Ústavu sociální péče v Hořicích v Podkrkonoší byla provedena na základě komparace nákladů a výnosů ve sledovaných obdobích, dále byly využity poměrné ukazatele. Při analýze provozních nákladů byly vyloučeny jednorázové náklady identifikované organizacemi jako výdaje související s transformací.

4.1 Analýza ekonomických údajů Domova Dědina Opočno

Transformace v Domově Dědina započala již v 90. letech, ale z hlediska dostupnosti údajů se bude analýza týkat pouze období od roku 2005, kdy došlo k vybudování menších zařízení ve třech lokalitách – Opočno, České Meziříčí a Přepychy. Důležité je poznamenat, že proces transformace započal ještě před přijetím nového zákona o sociálních službách, který nabyl účinnosti v roce 2007, a že v rámci procesu transformace byly přestěhovány všechny klientky.

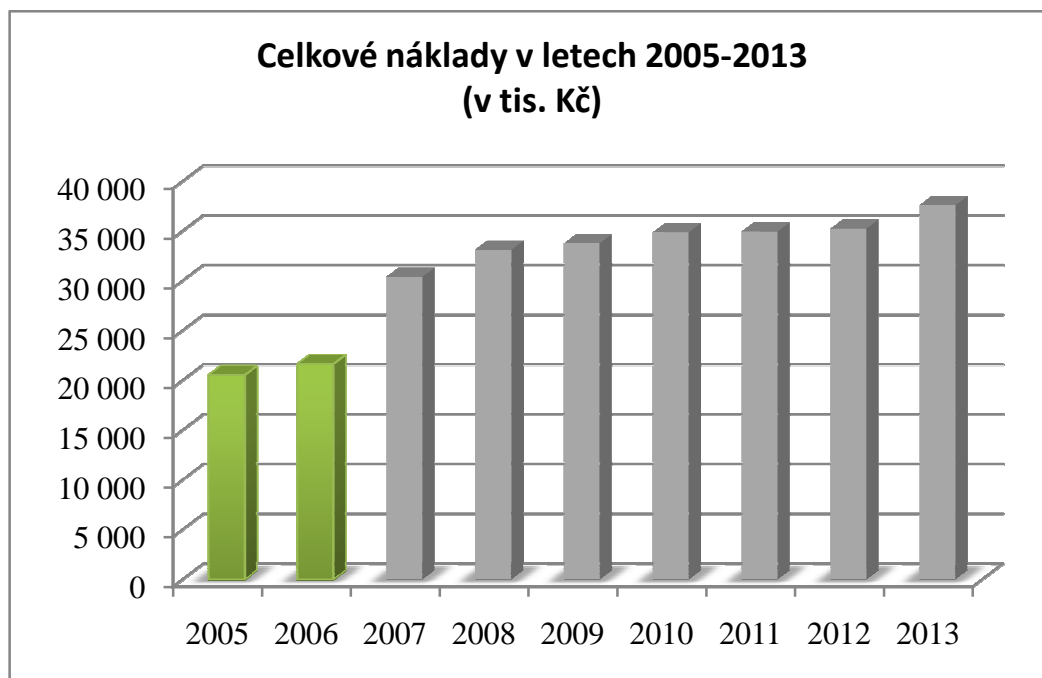
Celkové přímé výdaje

Na provedení procesu transformace byly vynaloženy celkové přímé výdaje ve výši **163,7 mil. Kč**. Jednalo se o investiční výdaje na vybudování nových zařízení, vč. vybavení. Část vybavení byla však pořízena jako neinvestiční majetek, tudíž se jeho pořízení projevilo jako jednorázové zvýšení nákladů v daném roce. Hrazeno bylo především z prostředků zřizovatele a z účelových dotací.

Celkové provozní náklady

K zásadnímu nárůstu nákladů došlo mezi lety 2006 a 2008. Jak již bylo zmíněno výše, v **roce 2005** začala výstavba nových zařízení a o dva roky později došlo k přestěhování klientek do těchto zařízení. V důsledku výstavby byli v **roce 2007** přijati noví zaměstnanci, což se projevilo na výrazném zvýšení osobních nákladů. Tím, že se jednalo o změnu ústavní péče na komunitní, šlo především o přijetí pracovníků v sociálních službách, tedy pracovníků v přímé obslužné péči. **Od roku 2008** nastala v souvislosti s legislativními změnami (přijetí nového zákona o sociálních službách) povinnost poskytovatelů registrovat se a také povinnost naplnit standardy kvality, které kladou důraz na individuální rozměr poskytování sociálních služeb. V důsledku toho byl opět navýšen počet pracovníků v přímé v obslužné péči. Částečný podíl na zvýšení osobních nákladů měla také úprava platových tarifů. V tomto roce se též poprvé projevily náklady spojené s provozováním nových objektů. Svůj podíl na

zvýšení nákladů nesly i náklady na energie, které byly v porovnání s ostatními roky nejvyšší. Bylo to dáno tím, že DDO musel platit nájemné v objektu, který po vystavění nových domků již nevyužíval k poskytování služeb, ale stále byl jeho správcem.

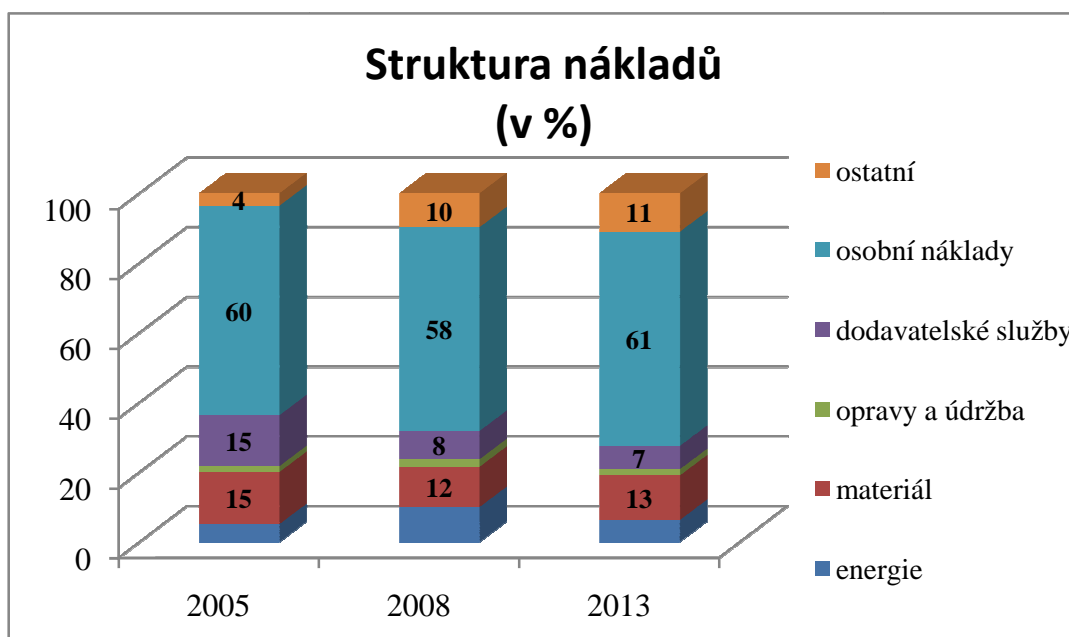


Obrázek 9: Graf - Celkové náklady v letech 2005 – 2013 v DDO

Zdroj: zpracováno dle zpráv o hospodaření

Struktura nákladů a výnosů

Služby jsou i nadále poskytovány jako domov pro osoby se zdravotním postižením, změnila se pouze podmínky poskytování služby. I přesto, že tyto změny byly výrazné, na struktuře nákladů se to zásadním způsobem neprojevovalo. Oproti roku 2005 došlo v následujících letech pouze ke změně výše jednotlivých druhů nákladů. Jak je již popsáno výše, byl to primárně růst osobních nákladů, ale také růst ostatních nákladů o odpisy nových budov, díky kterým se procentuální podíl dodavatelských služeb a materiálů oproti roku 2005 snížil.



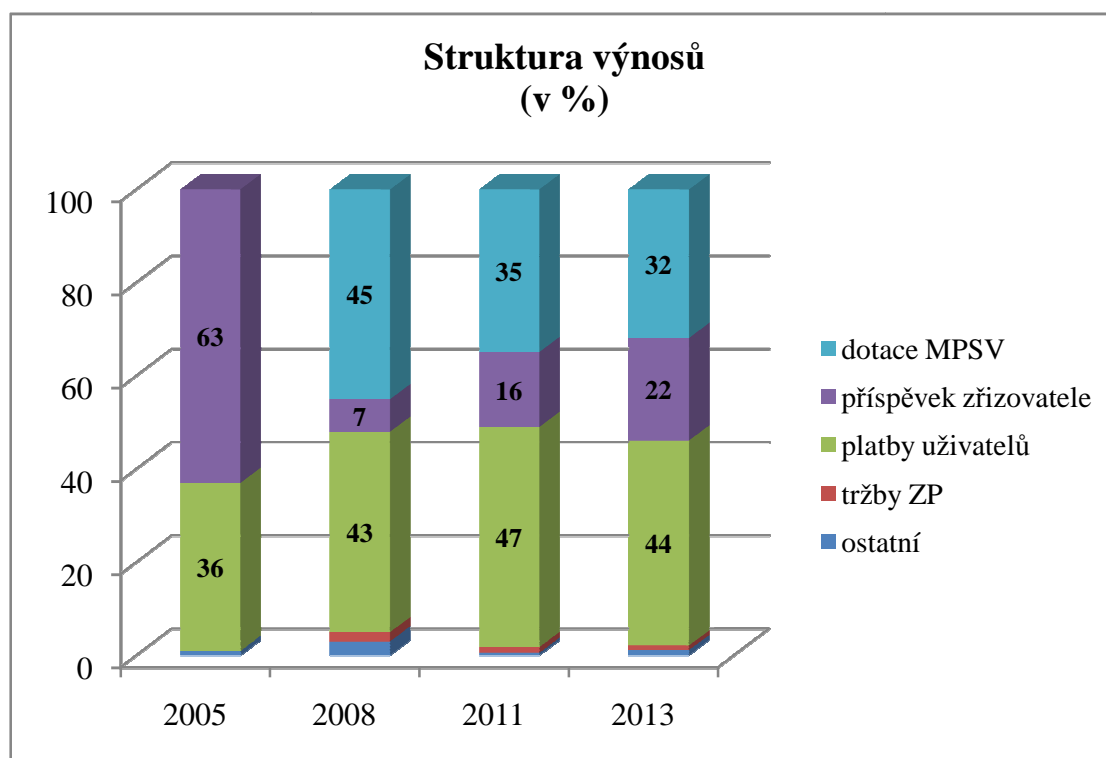
Obrázek 10: Graf - Struktura nákladů DDO

Zdroj: zpracováno dle zpráv o hospodaření

Na rozdíl od relativně stálé nákladové struktury, se struktura výnosů po roce 2005 změnila zřetelně. Na této změně se však více než samotný proces transformace zásadním způsobem podílelo právě přijetí nového zákona o sociálních službách. **V roce 2005**, tedy před přijetím nového zákona, hospodařily příspěvkové organizace poskytující sociální služby především s příspěvkem od zřizovatele a s výnosy z úhrad od klientů. Tyto úhrady od klientů zahrnovaly úhradu za ubytování, stravování a péči. Ubytování a stravu klienti hradili ze svého důchodu, péči pak z tzv. **zvýšeného důchodu pro bezmocnost**. Tato dávka, která byla vyplácena z důchodového pojištění dle zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, byla poskytována za účelem vyrovnávat zvýšené náklady občanů, resp. důchodců, kteří potřebovali k vlastní existenci ošetření a obsluhu jinou osobou. Podmínkou přiznání zvýšení důchodu pro bezmocnost byl dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav takového stupně, který občanovi znemožňoval samostatně provádět některé úkony nezbytné k životu. O přiznání bezmocnosti rozhodovala Česká správa sociálního zabezpečení ČR na základě posouzení bezmocnosti lékaři okresních správ sociálního zabezpečení.

K 1. 1. 2007, tedy k datu nabytí účinnosti nového zákona, bylo toto zvýšení důchodu pro bezmocnost zrušeno a nahrazeno novou vyšší dávkou tzv. **příspěvkem na péči**. O přiznání příspěvku na péči rozhodovaly a následně ho také vyplácely obecní úřady obcí s rozšířenou působností dle trvalého místa bydliště. Od 1. 1. 2012, po novelizaci zákona o sociálních službách, o něm začala rozhodovat příslušná krajská pobočka Úřadu práce ČR. Uživatelé tak začali více participovat na úhradě za poskytovanou péči, díky čemuž vzrostly poskytovatelům

výnosy z plateb od uživatelů. S novým zákonem se dále výnosy rozšířily o **dotaci MPSV** a o **úhradu ošetrovatelské péče zdravotními pojišťovkami**. Dotace poskytovaná MPSV slouží na úhradu neinvestičních nákladů. V průběhu let se tato dotace postupně snižuje a v budoucnu by měla vymizet úplně a být nahrazena příjmy od uživatelů. Snížení dotace MPSV je však prozatím kompenzováno příspěvkem od zřizovatele, a to z toho důvodu, že příspěvková organizace musí hospodařit s vyrovnaným rozpočtem.

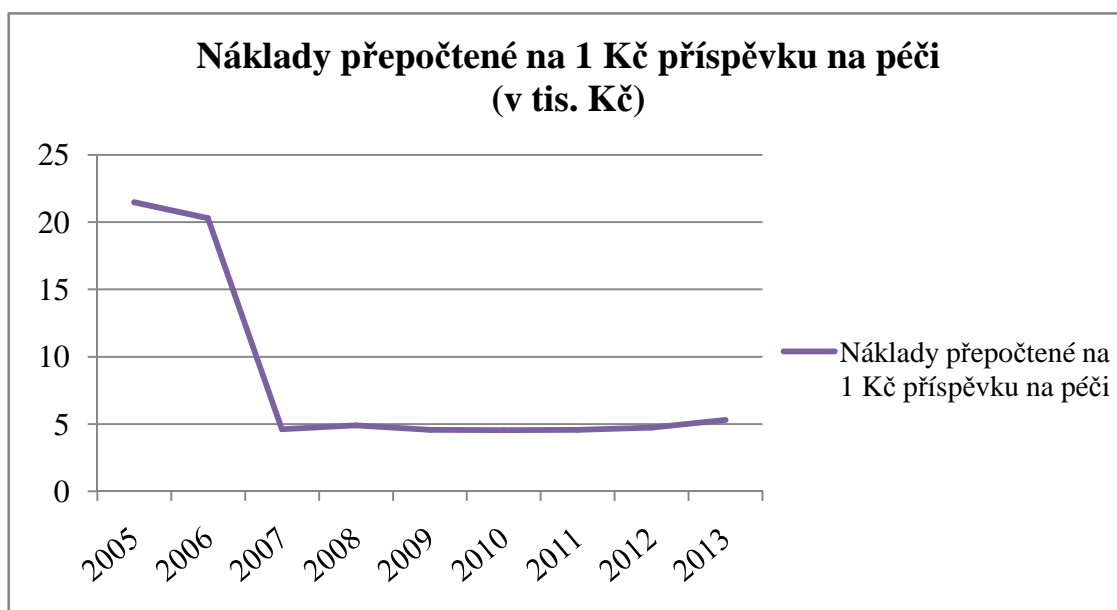


Obrázek 11: Graf - Struktura výnosů DDO

Zdroj: zpracováno dle zpráv o hospodaření

Náklady přepočtené na 1 Kč příspěvku na péči

Z následujícího grafu můžeme sledovat stabilní poměr mezi náklady a příspěvkem na péči. Jediný větší výkyv je opět zaznamenán před rokem 2007, kdy ještě nebyl v účinnosti nový zákon o sociálních službách a místo příspěvku na péči byla vyplácena mnohem nižší dávka, a to dávka zvýšení důchodu pro bezmocnost.

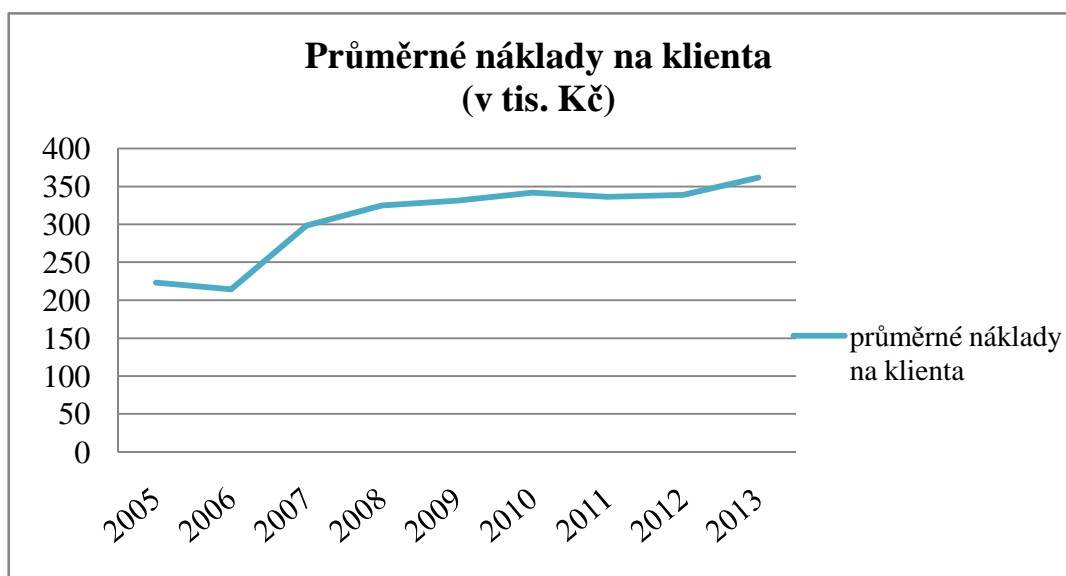


Obrázek 12: Graf - Náklady přepočtené na 1 Kč příspěvku na péči v DDO

Zdroj: zpracováno dle zpráv o hospodaření

Průměrné náklady na klienta za rok

Nepřetržitý růst nákladů organizace, při minimálních změnách v počtech klientů, se promítá i v rostoucích průměrných nákladech na klienta. Navýšení nákladů v roce 2007 téměř o 9 000 tis. Kč, bylo způsobeno růstem osobních nákladů, z velké části v důsledku transformace, ale i přijetím standardů kvality. V původním zařízení se pracovníci méně věnovali těm klientkám, které nebyly tolik fyzicky závislé na pomoci druhé osoby (byly schopné samy zvládat běžné úkony, jako je oblékání atd.). Právě na těchto klientkách se šetřil personál a péče se tak více soustředila na ty, které byly vysoce závislé na pomoci druhé osoby. S přijetím standardů kvality tak museli pracovníci přímé obslužné péče věnovat čas i těmto klientkám, a to i přesto, že to nevyžadovaly. Následný růst v dalších letech může být vysvětlován tím, že se postupně s růstem věku klientek zvyšují nároky na péči, která jim je poskytována.



Obrázek 13: Graf - Průměrné náklady na klienta DDO

Zdroj: zpracováno dle zpráv o hospodaření

Vývoj počtu pracovníků a klientů

Jak vyplývá z předchozích grafů, transformace přinesla především výrazné změny ve struktuře zaměstnanců, a proto nejdůležitější položkou v rozpočtu organizace jsou osobní náklady. První stěhování klientek začalo již v roce 1999. Před tímto rokem v zařízení pracovalo 18 zdravotních sester. Tato první změna ústavní péče na komunitní přispěla k rapidnímu snižování počtu zdravotnického personálu až na počet pět v roce 2005 a ke zvýšení pracovníků v sociálních službách. Ve starém zařízení pracovali ještě vychovatelé či pracovníci pro „pracovní výchovu“, kteří spíše organizovali práci na zahradě nebo další hromadné aktivizační činnosti. Noví pracovníci v sociálních službách se začali více zaměřovat na individuální práci s klienty. Sociální úsek se tak významem dostal na stejnou úroveň jako úsek zdravotní.

Z důvodu nedostatku dat jsou v následujících tabulkách porovnávány informace o personálu v přímé a v nepřímé péči v roce 2005 a v roce 2008. Tedy na začátku druhé transformace a po jejím skončení. Díky výstavbě nových objektů narostl počet pracovníků středního managementu o vedoucí těchto nově vzniklých středisek a také se navýšil počet technicko-hospodářského personálu. Po této změně klesl počet klientů na 1 pracovníka v nepřímé péči z 10,63 na 7,88 (viz. Tabulka č. 5).

Tabulka 5: Počet pracovníků v nepřímé péči k 31. 12. 2005 a po transformaci v DDO

Pracovníci v nepřímé péči	K 31. 12. 2005	Po transformaci
<i>Vedoucí pracovníci</i>		
Počet osob	4	6
Součet úvazků	4	5,80
Počet klientů/součtu úvazků	25,25	17,93
<i>Technicko – hospodářský personál</i>		
Počet osob	6	9
Součet úvazků	5,5	7,40
Počet klientů/součtu úvazků	18,36	14,05
<i>Celkem</i>		
Počet osob	10	15
Součet úvazků	9,5	13,2
Počet klientů/součtu úvazků	10,63	7,88

Zdroj: vlastní zpracování dle interních materiálů

Z následující tabulky č. 6 vyplývá, že změny nastaly především u pracovníků v přímé péči, konkrétně u pozice pracovníci v sociálních službách. Před transformací připadalo na jednoho pracovníka v sociálních službách 3,31 klientů, v současné době je to 2,23 klientů.

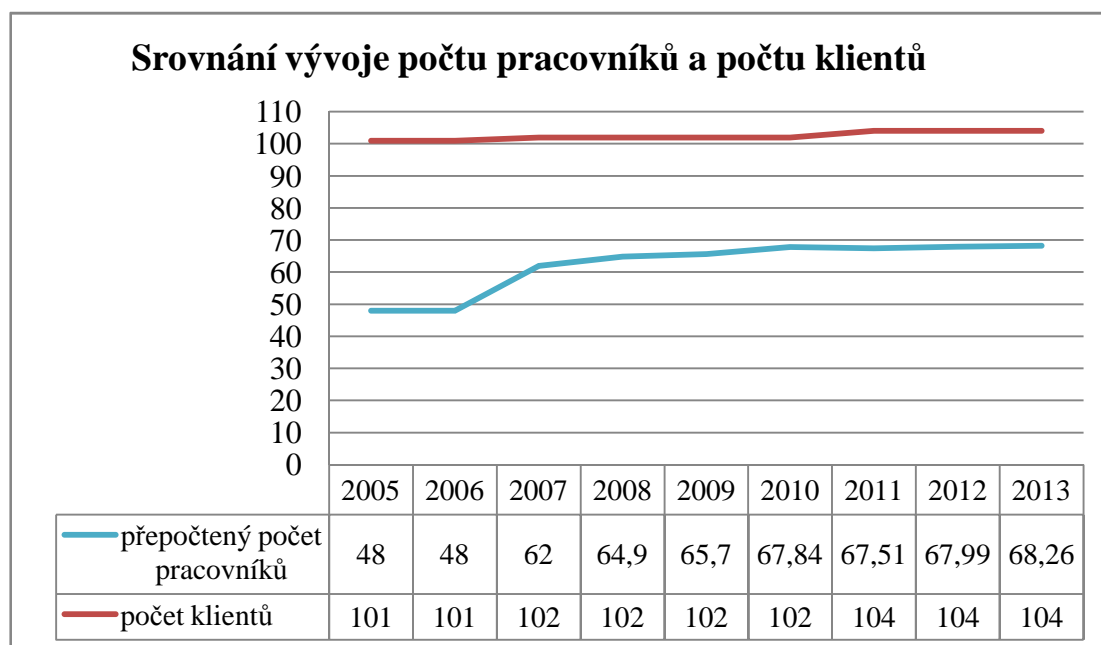
Tabulka 6: Počet pracovníků v přímé péči k 31. 12. 2005 a po transformaci v DDO

Pracovníci v přímé péči	K 31. 12. 2005	Po transformaci
<i>Pracovníci v sociálních službách</i>		
Počet osob	31	47
Součet úvazků	30,5	46,5
Počet klientů/součtu úvazků	3,31	2,23
<i>Sociální pracovníci</i>		
Počet osob	2	2
Součet úvazků	2	1,9
Počet klientů/součtu úvazků	50,5	54,74
<i>Zdravotní pracovníci</i>		
Počet osob	5	7
Součet úvazků	5	6,9
Počet klientů/součtu úvazků	20,2	15,07
<i>Rehabilitační pracovníci</i>		
Počet osob	1	1
Součet úvazků	1	1
Počet klientů/součtu úvazků	101	104
<i>Celkem</i>		

Počet osob	39	57
Součet úvazků	38,5	56,3
Počet klientů/součtu úvazků	2,62	1,85

Zdroj: vlastní zpracování dle interních materiálů

Následující graf č. 14 pouze potvrzuje, že proces transformace se významně podílel na zvýšení počtu personálu, zejména pracovníků v sociálních službách. Ukazuje hlavní rozdíl mezi ústavní a komunitní péčí, a to větší individualizaci v poskytování péče. V roce 2007, tedy ihned po výstavbě nových objektů, se jejich počet zvýšil o 14, přičemž počet klientů vzrostl pouze o 1.



Obrázek 14: Graf - Srovnání vývoje počtu pracovníků a počtu klientů DDO

Zdroj: zpracováno dle zpráv o hospodaření

Shrnutí

Skutečnost, že transformace v DD Opočno započala ještě před přijetím nového zákona o sociálních službách, se výrazně odrazila v ekonomických údajích zařízení. V oblasti výnosů byla dávka zvýšení důchodu pro bezmocnost nahrazena příspěvkem na péči. Cílem zavedení této dávky bylo zvýšení spoluúčasti klientů na financování sociálních služeb, ale také posílení soběstačnosti klientů a možnost výběru nejvhodnější sociální služby dle svých preferencí. Díky příspěvku na péči rapidně vzrostly celkové úhrady od klientů. Výnosy se nově rozšířily o dotace od MPSV a o úhradu ošetřovatelské péče zdravotními pojišťovnami. Přijetí nového zákona se však obzvláště odrazilo v nákladech organizace. Zvyšováním důrazu na individuální poskytování péče a přijetím standardů kvality, se zvýšily nároky na personální

zajištění, což vedlo k růstu osobních nákladů. Transformace v této oblasti rovněž sehrála velkou roli. V návaznosti na změnu přístupu ke klientovi opět došlo k navýšení počtu zaměstnanců a k dalšímu růstu osobních nákladů. Kromě vlivu na osobní náklady měla transformace vliv také na odpisy. Organizace v původním zařízení byla v nájmu, tudíž odpisy platila pouze za vozidlo, které sloužilo k dopravě klientů. Po transformaci ji však vznikly odpisy spojené s výstavbou nových budov.

4.2 Analýza ekonomických údajů ÚSP Hořice

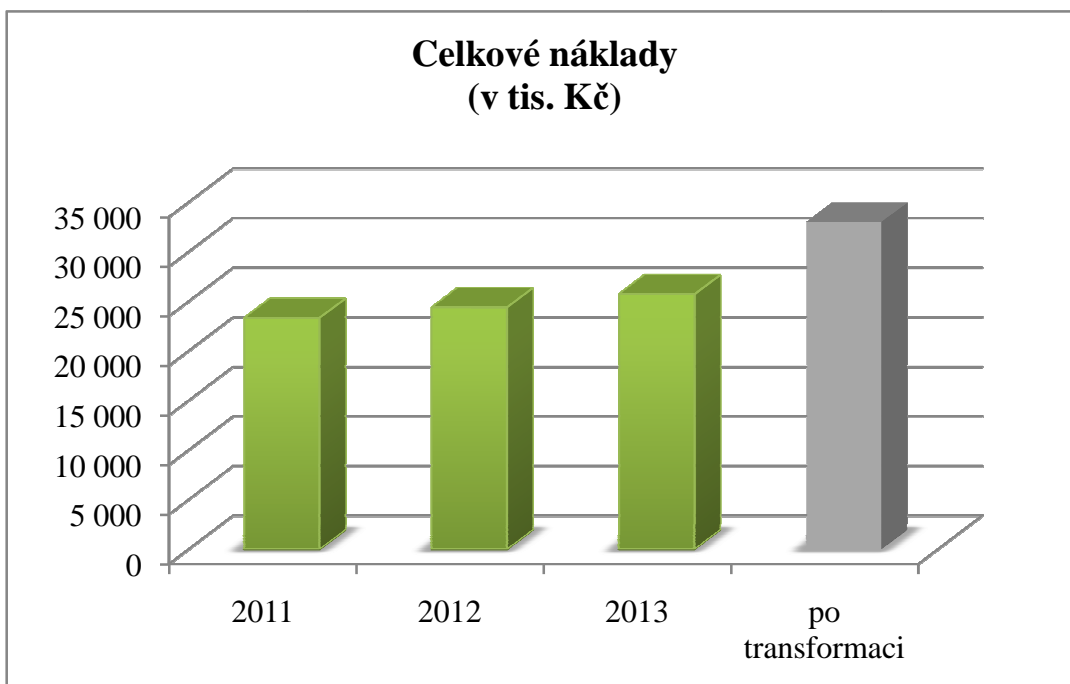
V roce 2009 byl Ústav pro tělesně postižené v Hořicích v Podkrkonoší zařazen svým zřizovatelem, Královéhradeckým krajem, do projektu MPSV „Podpora transformace sociálních služeb“. Cílem transformace je přestěhování 16 klientů do dvou rodinných přízemních dvojdomků v nově vzniklé ulici Karla Kofránka v Hořicích. Aktivita související s transformací se začaly však naplno projevovat až v roce 2011, proto se analýza bude zabývat obdobím od tohoto roku a situací po uskutečnění transformace.

Celkové přímé výdaje

Celkové investiční a neinvestiční výdaje na provedení transformace se předpokládají ve výši 24,36 mil. Kč.

Celkové provozní náklady

Celkové náklady mezi roky 2011 – 2013 vzrostly o 2 400 tis. Kč. Jednalo se především o růst nákladů na opravy. K razantnímu nárůstu však dojde po uskutečnění transformace. Organizace bude stále poskytovat službu v budově ústavu, pro 63 klientů, a zároveň ve dvou nových rodinných dvojdomcích, pro 16 klientů. Celková kapacita ÚSP Hořice tedy zůstane stejná před i po transformaci. Zvýší se tedy náklady na energie, materiál, odpisy a především osobní náklady na zaměstnance, kteří budou poskytovat službu klientům v komunitě.

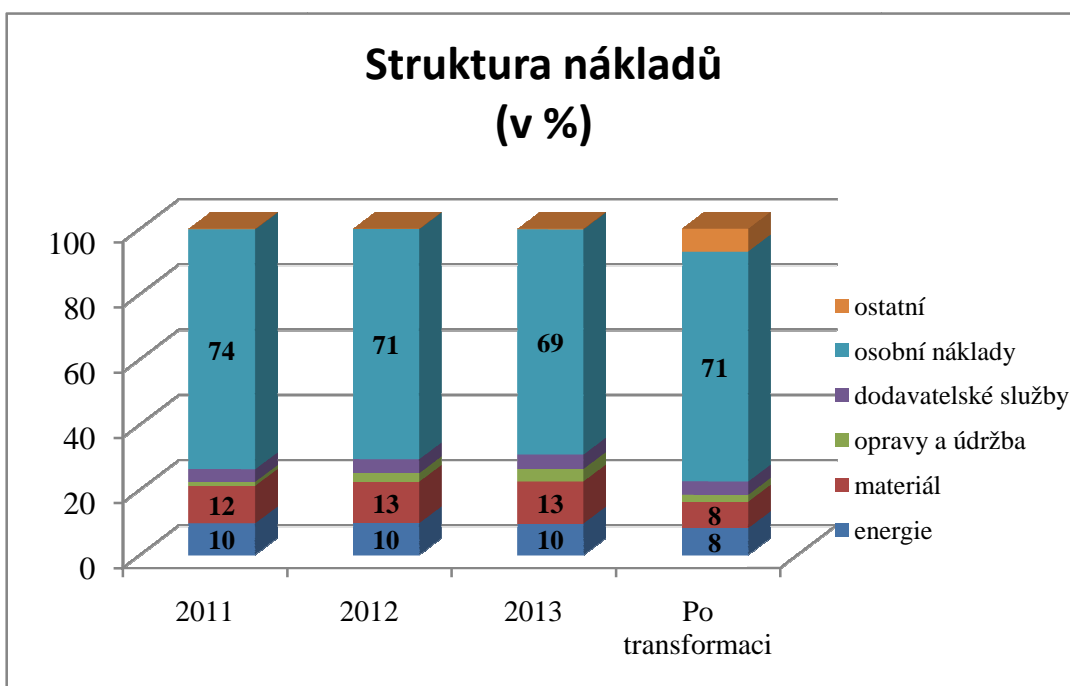


Obrázek 15: Graf - Celkové náklady před a po transformaci v ÚSP Hořice

Zdroj: zpracováno dle zpráv o hospodaření a transformačního plánu

Struktura nákladů a výnosů

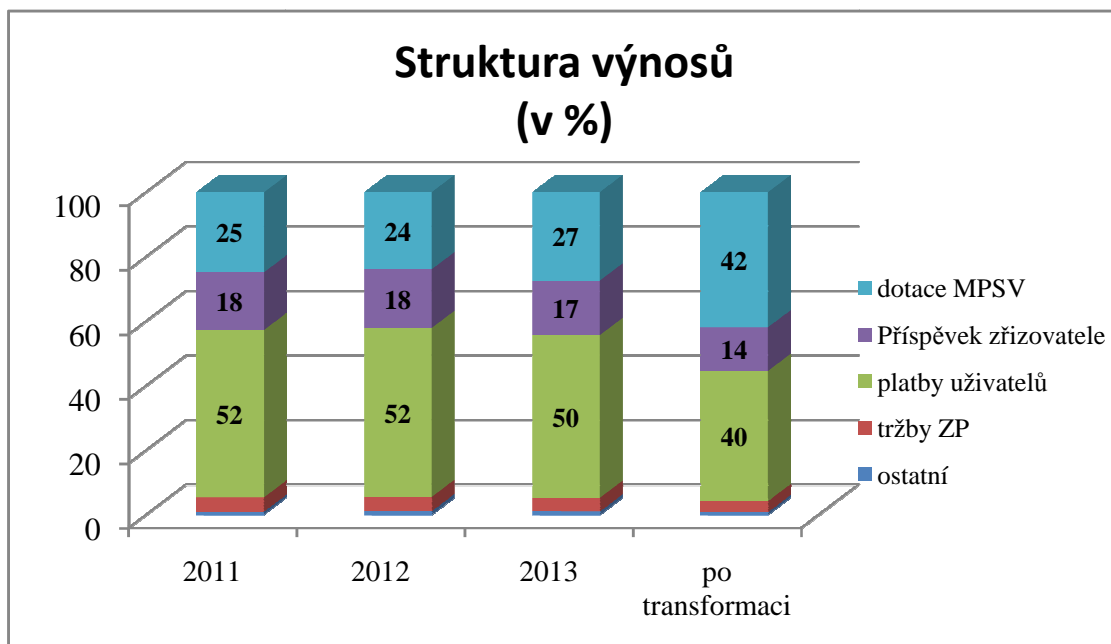
Ve struktuře jednotlivých nákladů před a po transformaci nejsou zřetelné žádné podstatné změny. K posunu dochází u osobních nákladů (o 3 % vyšší) a nákladů materiál (pokles o 5 %) a energie (pokles o 2 %).



Obrázek 16: Graf - Struktura nákladů před a po transformaci v ÚSP Hořice

Zdroj: zpracováno dle zpráv o hospodaření a transformačního plánu

Procentuální podíl zdrojů příjmů organizace se po transformaci změní především u zastoupení plateb uživatelů (o 10 % nižší) a u dotace poskytnuté MPSV, na kterou se přenesla největší část růstu nákladů spojených s transformačními změnami (o 15 % vyšší).

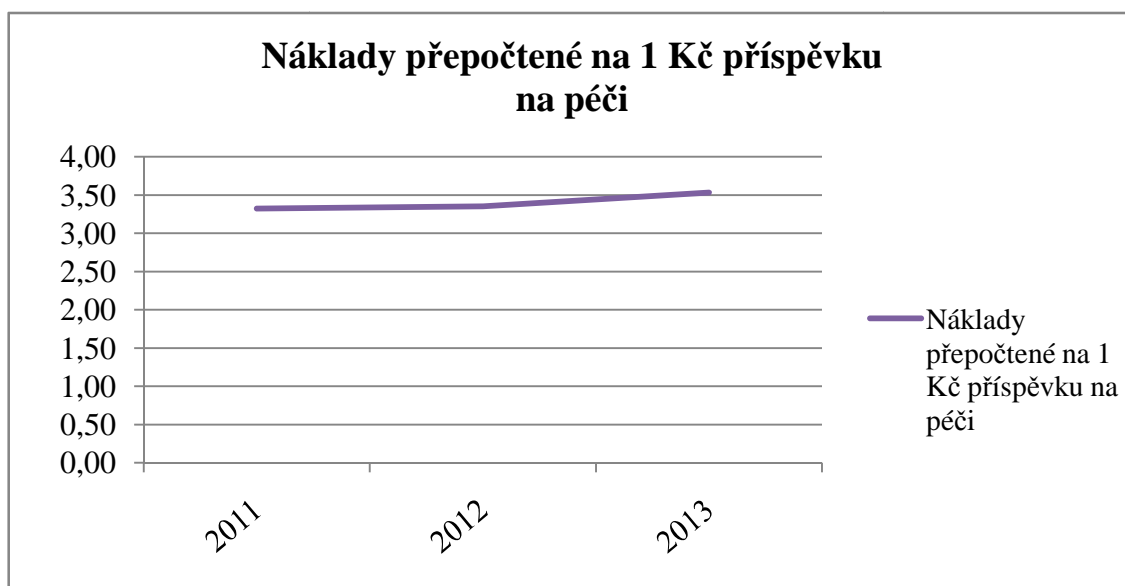


Obrázek 17: Graf - Struktura výnosů před a po transformaci v ÚSP Hořice

Zdroj: zpracováno dle zpráv o hospodaření a transformačního plánu

Náklady přepočtené na 1 Kč příspěvku

Vzhledem k tomu, že transformace nepředpokládá u klientů zásadní změnu přiznaného příspěvku na péči, odráží se v grafu nárůst celkových nákladů.

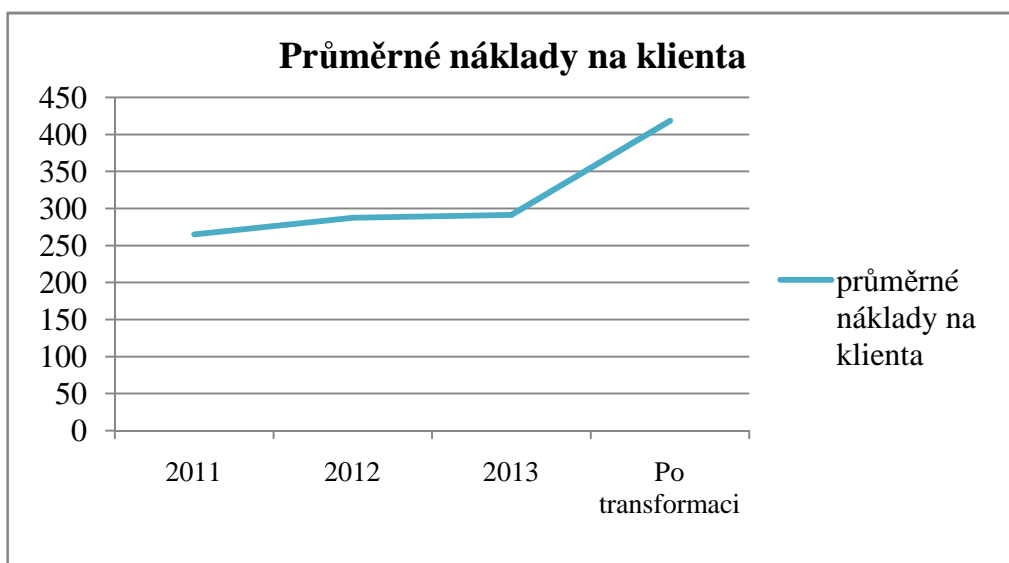


Obrázek 18: Graf - Náklady přepočtené na 1 Kč příspěvku na péči na péči u ÚSP Hořice

Zdroj: zpracováno dle zpráv o hospodaření

Průměrné náklady na klienta za rok

Průměrné náklady na klienta vzrostou po transformaci u organizace z průměrných 265 tis. Kč na 418 tis. Kč/rok, tj. o celých 57,74 %.

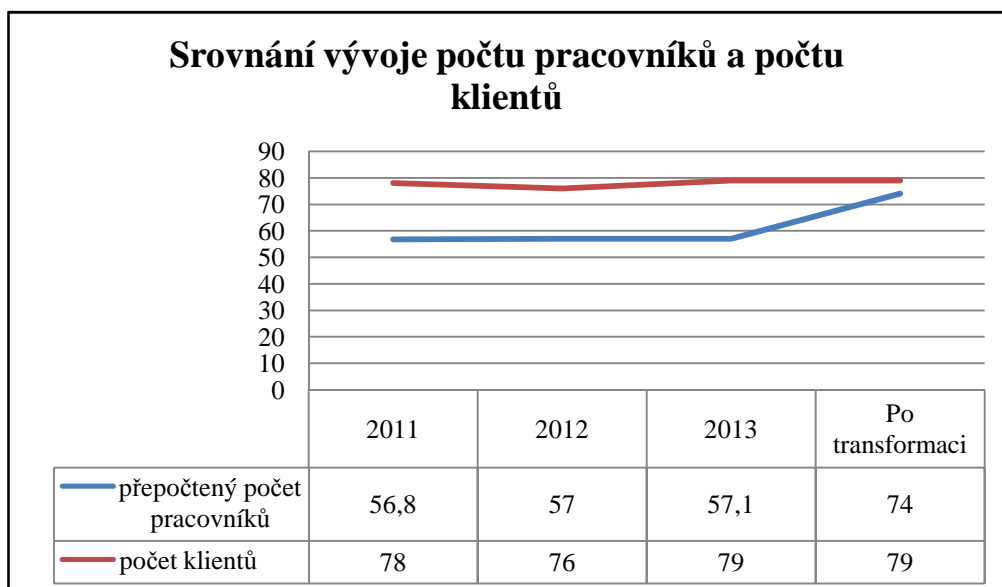


Obrázek 19: Graf - Průměrné náklady na klienta ÚSP Hořice

Zdroj: zpracováno dle zpráv o hospodaření

Srovnání vývoje počtu pracovníků a počtu klientů

Z grafu je patrné, že po částečné transformaci zařízení se bude díky poskytování komunitní péče 16 klientům v rodinných domcích celkový počet zaměstnanců blížit počtu klientů.



Obrázek 20: Graf - Srovnání vývoje počtu pracovníků a počtu klientů ÚSP Hořice

Zdroj: zpracováno dle zpráv o hospodaření a transformačního plánu

Z uvedené tabulky č. 7, která popisuje personální obsazení pracovníky v nepřímé péči, vyplývá, že se po transformaci zvýší počet vedoucích pracovníků o 1 a to právě o vedoucího komunitní péče. Zároveň se zvýší počet technicko-hospodářského personálu o 3 zaměstnance. Jeden ze zaměstnanců úklidu přejde z budovy ústavu na rodinné domky, ostatní budou přijati na nové pracovní pozice (úklid, údržba, administrativa). Díky provedeným změnám se po transformaci sníží počet klientů na jednoho pracovníka v nepřímé péči z 3,8 na 3,3.

Tabulka 7: Počet pracovníků v nepřímé péči k 31. 12. 2013 a po transformaci v ÚSP Hořice

Pracovníci v nepřímé péči	K 31. 12. 2013	Po transformaci
<i>Vedoucí pracovníci</i>		
Počet osob	3	4
Součet úvazků	3	4
Počet klientů/součtu úvazků	26,3	19,5
<i>Technicko-hospodářský personál</i>		
Počet osob	19	22
Součet úvazků	17,7	19,7
Počet klientů/součtu úvazků	4,5	4,0
<i>Celkem</i>		
Počet osob	22	26
Součet úvazků	20,7	23,7
Počet klientů/součtu úvazků	3,8	3,3

Zdroj: vlastní zpracování dle interních materiálů

V přímé péči dojde po transformaci (viz. Tabulka č. 8) ke zvýšení počtu pracovníků celkem o 14 zaměstnanců. Všichni tito zaměstnanci budou pracovat v rodinných domcích v pozici pracovníka v sociálních službách. Třináct z nich bude v přímé obslužné péči a jeden bude zajišťovat denní aktivizační programy.

Tabulka 8: Počet pracovníků v přímé péči k 31. 12. 2013 a po transformaci v ÚSP Hořice

Pracovníci v přímé péči	K 31. 12. 2013	Po transformaci
<i>Pracovníci v sociálních službách</i>		
Počet osob	23	37
Součet úvazků	22,7	36,7
Počet klientů/součtu úvazků	3,5	2,2
<i>Sociální pracovníci</i>		
Počet osob	3	3
Součet úvazků	3	3
Počet klientů/součtu úvazků	26,3	26,3

<i>Zdravotní pracovníci</i>		
Počet osob	8	8
Součet úvazků	7,6	7,6
Počet klientů/součtu úvazků	10,4	10,4
<i>Rehabilitační pracovníci</i>		
Počet osob	3	3
Součet úvazků	3	3
Počet klientů/součtu úvazků	26,3	26,3
<i>Celkem</i>		
Počet osob	37	51
Součet úvazků	36,3	50,3
Počet klientů/součtu úvazků	2,2	1,5

Zdroj: vlastní zpracování dle interních materiálů

Z údajů uvedených v tabulce č. 9 je zcela zřetelný posun v personálním zajištění pracovníky nepřímé péče při poskytování služby v ústavu a v komunitě. Vzhledem k tomu, že v komunitní péči se předpokládá vyšší zapojení klientů o chodu domácnosti, bude počet klientů na jednoho technicko-hospodářského pracovníka o 1,5 vyšší než v péči ústavní. Tento údaj je však částečně zkreslený tím, že pracovníci stravovacího úseku a prádelny zůstávají v budově ústavu, protože zde se bude zajišťovat příprava obědů a praní běžného prádla pro rodinné domky.

Tabulka 9: Počet pracovníků v nepřímé ústavní a v komunitní péči v ÚSP Hořice

Pracovníci v nepřímé péči	Ústavní péče	Komunitní péče	Celkem
<i>Vedoucí pracovníci</i>			
Počet osob	3	1	4
Součet úvazků	3	1	4
Počet klientů/součtu úvazků	21	16	19,5
<i>Technicko–hospodářský personál</i>			
Počet osob	17	4	21
Součet úvazků	16,7	3	19,7
Počet klientů/součtu úvazků	3,8	5,3	4
<i>Celkem</i>			
Počet osob	20	5	25
Součet úvazků	19,7	4	23,7
Počet klientů/součtu úvazků	3,2	4	3,3

Zdroj: vlastní zpracování dle interních materiálů

U pracovníků v sociálních službách, kteří zajišťují přímou obslužnou péči u klientů, je markantní přechod k individualizaci péče a aktivizaci klientů. V ústavu se bude jeden zaměstnanec starat o tři klienty, v komunitě vychází jeden klient na jednoho pracovníka. Snaha o využívání veřejných služeb, v tomto případě dostupných zdravotnických zařízení, se pak promítne do zajištění ošetrovatelské péče zdravotnickými pracovníky. V ústavu bude činit 9,5 klienta na jednu všeobecnou sestru, v komunitě 16 klientů na jednu všeobecnou zdravotní sestru.

Tabulka 10: Počet pracovníků v přímé ústavní a komunitní péči v ÚSP Hořice

Pracovníci v přímé péči	Ústavní péče	Komunitní péče	Celkem
<i>Pracovníci v sociálních službách</i>			
Počet osob	21	16	37
Součet úvazků	20,7	16	36,7
Počet klientů/součtu úvazků	3	1	2,2
<i>Sociální pracovníci</i>			
Počet osob	2	1	3
Součet úvazků	2	1	3
Počet klientů/součtu úvazků	31,5	16	26,3
<i>Zdravotní pracovníci</i>			
Počet osob	7	1	8
Součet úvazků	6,6	1	7,6
Počet klientů/součtu úvazků	9,5	16	10,4
<i>Rehabilitační pracovníci</i>			
Počet osob	2	1	3
Součet úvazků	2	1	3
Počet klientů/součtu úvazků	31,5	16	26,3
<i>Celkem</i>			
Počet osob	32	19	51
Součet úvazků	31,3	19	50,3
Počet klientů/součtu úvazků	2	1,2	1,5

Zdroj: vlastní zpracování dle interních materiálů

Shrnutí

Transformační proces je v ÚSP Hořice v počáteční fázi. Výstavba nových rodinných domků bude dokončena v polovině roku 2015, aby mohla být profinancována z Integrovaného operačního programu (prioritní osa 3 – Zvýšení kvality a dostupnosti veřejných služeb, oblast podpory 3.1 – Služby v oblasti sociální integrace, název výzvy: Investiční podpora procesu a zavádění jednotného přístupu v transformaci pobytových zařízení sociálních služeb v jiné

typy sociálních služeb). Ekonomické údaje týkající se období po transformaci jsou čerpány z transformačního plánu organizace. Náklady ve stávající budově, kde je služba poskytována jako ústavní, se v souvislosti se snížením počtu klientů ze 79 na 63 po transformaci sníží pouze minimálně. Půjde hlavně o pokles materiálových nákladů, v nichž jsou zahrnuty i náklady na potraviny, náklady na spotřebu vody a osobní náklady na zaměstnance, kteří přijdou do komunitní péče. Organizaci přibudou náklady na nově postavené objekty, a to na materiál, energie, odpisy a především na mzdy zaměstnanců komunitní péče. Výnosy z úhrad za služby přitom zůstanou ve stejné výši. Při stejném celkovém počtu klientů před i po transformaci organizace předpokládá jen minimální růst těchto výnosů v souvislosti se zvýšenou úhradou za ubytování spojenou se zvýšením komfortu ubytování, a to jak v komunitní péči, tak v nových jednolůžkových pokojích ve stávající budově ústavu. Celkově zvýšené náklady budou pokryty dotací MPSV, které v pilotním projektu přislíbilo zohlednit transformaci organizace v dotačním řízení.

5 ANALÝZA Z POHLEDU UŽIVATELE

Transformace institucionální péče o osoby se zdravotním postižením v péči komunitní představuje základní změny v postojích a přístupech k lidem s postižením nejen od pracovníků v sociální oblasti, ale i od ostatních lidí společnosti.

Samostatné rozhodování

Principem každé instituce je podřizování zájmů jednotlivce zájmům celku. Změna institucionální sociální služby v službu komunitního typu sebou nese možnost samostatného rozhodování každého klienta. V instituci se nemohli klienti sociální služby rozhodovat o tom, co si uvaří, kdy si jídlo sní, mnohdy ani o tom, co si vezmou na sebe, kdy se vykoupu, kdy půjdou ven atd. Podstatou komunitní sociální služby je nastavení služby tak, aby se klient měl možnost v těchto pro nás běžných věcech sám rozhodovat. Pokud toho v začátku nebude schopen, bude mu poskytnuta odpovídající podpora.

Volný pohyb

V ústavu je problematika volného pohybu klientů častou otázkou. Kdo a kdy může opustit areál, kdy za něj personál nese odpovědnost, kde vzít dostatek asistentů (pro výlety, kulturní akce atd.). Tyto a další otázky většinou vedou k tomu, že v ústavu jsou vycházky hromadné, bez ohledu na přání jednotlivých klientů. V komunitní službě bude již od počátku nastaven počet asistentů tak, aby služba mohla pružně reagovat na potřeby jednotlivých klientů, aby jim byl zajištěn dostatečný dohled a podpora a také, aby bylo dostatek prostoru na nácvičky samostatných vycházek včetně předcházení rizikům.

Finanční situace a pracovní realizace klienta

Vzhledem k tomu, že před i po transformaci bude uživateli poskytována sociální služba DOZP, nebude mít tato změna vliv na finanční situaci uživatele. Uživatel bude ve službě komunitního charakteru platit úhradu za ubytování a stravu dle stanoveného ceníku poskytovatele² a úhradu za péči ve výši přiznaného příspěvku na péči stejně jako v instituci. Jediné, co by mohlo výši úhrady ovlivnit, je cena za ubytování, která se stanovuje s ohledem na jeho kvalitu. V ústavu byla vzhledem k nemožnosti zajistit vyšší komfort ubytování (příklad ÚSP Hořice - jedna koupelna pro dvacet uživatelů, jedno WC společné pro osm uživatelů, ...) stanovena na nižší úrovni. V komunitní péči, kde je komfort ubytování vysoký, předpokládá poskytovatel úhradu v maximální možné výši dle prováděcí vyhlášky (příklad

² při stanovení výše úhrady se poskytovatel řídí prováděcí vyhláškou 505/2006 Sb.

ÚSP Hořice - v rodinných domcích bude mít každá domácnost svojí koupelnu, dvě wc, kuchyň, obývací pokoj a jednolůžkové případně dvoulůžkové partnerské pokoje pouze pro čtyři uživatele). Stále je ale zachován zákonem stanovený limit, který určuje uživateli hradit z vlastních příjmů za ubytování a stravu maximálně do takové výše, aby mu z těchto příjmů zůstalo minimálně 15 %.

Komunitní služba se na rozdíl od ústavní orientuje na zajištění odpovídající práce pro jednotlivé klienty, čímž může naopak dojít ke zvýšení příjmu klienta a tím zlepšení jeho finanční situace. Především u lidí mentálně postižených je možnost zaměstnání velmi vysoká. Lidé s tělesným postižením kvůli svému handicapu tolik možností nemají, pro ně jsou zejména vhodné chráněné dílny.

Podpora klienta

Ve velké skupině lidí, kteří jsou příjemci sociální služby, není možné podporu a pomoc příliš individualizovat. Potřeby členů skupiny se přizpůsobují provozním podmínkám, kdy je stanoven čas koupání, vstávání, podávání jídla atd. Podpora a pomoc není strukturována a vzhledem k mnohdy omezeným vyjadřovacím schopnostem (zejména u lidí s mentálním postižením) si o ni jednotliví klienti neumějí ani říci. V komunitním prostředí je možnost individualizace péče o klienty a to jak z pohledu materiálního vybavení, tak personálního zajištění služby. Je zde více času i soukromí pro komunikaci s jednotlivými klienty a dostatek podkladů pro vytvoření individuálního plánu podpory. U komunitní sociální služby také nedochází k tzv. přepečování. Předtím, než dojde k přestěhování klientů do komunitní péče, jsou v rámci každodenního nácviku rozvíjeny dovednosti, jako je vaření, praní, žehlení, mytí nádobí, zacházení s penězi, navazování nových vztahů atd., které byly v ústavním prostředí potlačovány (nahrazeny prací personálu).

Způsobilost k právním úkonům (svéprávnost dle nového občanského zákoníku

č. 89/2012 Sb.)

V současné době dle původní legislativy mohl být občan ČR zbaven částečně nebo plně způsobilosti k právním úkonům. Nový občanský zákoník, který vešel v platnost 1. 1. 2014, nahradil pojem způsobilosti k právním úkonům pojmem svéprávnost. Dle občanského zákoníku nemůže být člověk zbaven svéprávnosti plně. Aby byl člověk s mentálním postižením schopen rozhodovat o svém životě a nést odpovědnost za svá rozhodnutí, je třeba jej naučit taková rozhodnutí činit. Pro fungování klienta v komunitní sociální službě je bezpodmínečně nutné, aby nebyl zbaven svéprávnosti, ale měl možnost vzhledem ke svým dovednostem činit jednoduché právní úkony (zakoupení lístku v autobuse,

zaplacení kávy v restauraci atd.), které jsou běžné a umožňují tak klientovi sociální služby integraci. U klientů s tělesným postižením nebude v této oblasti provedena analýza, a to z důvodu, že procento klientů s tělesným postižením zbavených způsobilosti k právním úkonům plně či částečně, je velmi nízké.

Podpora partnerského a rodinného života

V případě ÚSP Hořice vychází poskytovatel vstříc potřebám klientů i v současném ústavním zařízení. Pokud v ústavu vytvoří dva klienti pár, umožňuje poskytovatel těmto uživatelům společné ubytování na dvoulůžkovém pokoji. V současné době takto v ústavu bydlí 4 partnerské a 1 manželský pár. Rovněž vztahy s rodinou jsou ze strany poskytovatele podporovány. U některých klientů se díky této podpoře podařilo obnovit dávno zpřetrhané kontakty s nejbližšími příbuznými. Komunitní služba prioritně zohledňuje všechny tyto potřeby klientů. U DDO je tato oblast ovlivněna tím, že klienty domova jsou pouze ženy.

Sexualita

Téma sexuality v zařízení pro osoby se zdravotním postižením bylo léta tabuizováno. Institucionální způsob poskytování sociální služby sice v současné době respektuje sexualitu klientů, ale většinou jim v tomto ohledu není schopno zajistit dostatek soukromí (převážně jsou ubytováni na dvoulůžkových pokojích). Tento problém je v rodinných domcích díky jednolůžkovým a dvoulůžkovým partnerským pokojům vyřešen.

Zapojení dalších zdrojů podpory

Poskytování služby komunitního charakteru na rozdíl od instituce umožní klientům navázat kontakt s nejbližší komunitou (např. sousedy v ulici) a díky dostatečné podpoře ze strany personálu i další kontakty. Klienti také více mohou využívat běžně dostupné služby a zdroje, což může kromě sociálního aspektu přinášet finanční úspory jim i provozovateli sociální služby např. využívat cvičení pro ženy v místní tělocvičně bude jistě levnější, než budovat tělocvičnu a realizovat cvičení v areálu ústavu.

SWOT analýza uživatele v sociálních službách

Tabulka č. 11 zobrazuje SWOT analýzu uživatele v sociálních službách, vytvořenou dle výše uvedených skutečností v analýze z pohledu uživatele. SWOT matice byla vytvořena především z důvodu zdůraznění příležitostí, které by poskytování péče v komunitním prostředí uživateli přineslo a velkého počtu slabých stránek, které na uživatele nepříznivě působí při poskytování péče v ústavu.

Tabulka 11: SWOT analýza uživatele v sociálních službách

Silné stránky	Slabé stránky
<ul style="list-style-type: none"> • bezbariérové prostředí 	<ul style="list-style-type: none"> • přepečování klientů, vnímání klienta jako dítěte
<ul style="list-style-type: none"> • volnočasové aktivity 	<ul style="list-style-type: none"> • ztráta soukromí uživatelů (většinou vícelůžkové pokoje)
<ul style="list-style-type: none"> • příprava uživatelů na přechod do běžného prostředí 	<ul style="list-style-type: none"> • nedostatek personálu pro zajištění optimální péče (hlavně doprovody uživatelů)
<ul style="list-style-type: none"> • možnost kontaktu se stejně hendikepovanými, nalezení přátel a partnerů 	<ul style="list-style-type: none"> • podřizování se ústavnímu režimu (stanoven čas vstávání, podávání jídla atd.)
<ul style="list-style-type: none"> • dostatek vhodných společně poskytovaných prostor v interiéru i exteriéru 	<ul style="list-style-type: none"> • nedostačující individualizace služby
	<ul style="list-style-type: none"> • nabízeno minimum veřejných služeb
Příležitosti	Rizika
<ul style="list-style-type: none"> • zvýšení individuálního přístupu 	<ul style="list-style-type: none"> • obavy z „nového“
<ul style="list-style-type: none"> • začlenění do běžné společnosti 	<ul style="list-style-type: none"> • obavy z neznámého prostředí
<ul style="list-style-type: none"> • zvyšování samostatnosti a kompetencí 	<ul style="list-style-type: none"> • obavy z toho, že jim nebude zajištěna dostatečná péče
<ul style="list-style-type: none"> • zkvalitnění péče 	<ul style="list-style-type: none"> • větší hrozba ovlivňování klientů sociálně patologickými jevy
<ul style="list-style-type: none"> • možnost uplatnitelnosti na trhu práce 	<ul style="list-style-type: none"> • obavy z nepřijetí uživatelů ze strany laické veřejnosti (hlavně nových sousedů)
<ul style="list-style-type: none"> • zlepšení intenzity vztahů s rodinnými příslušníky 	

Zdroj: vlastní šetření

ZÁVĚR

Cílem práce bylo zanalyzovat proces transformace pobytových sociálních služeb a zhodnotit dopady této transformace na poskytovatele a uživatele daných sociálních služeb ve zvoleném regionu. Analýza byla provedena u dvou vybraných poskytovatelů sociálních služeb, a to Domova Dědina Opočno a Ústavu sociální péče pro tělesně postižené v Hořicích v Podkrkonoší. Oba poskytovatelé jsou příspěvkovými organizacemi Královéhradeckého kraje a jsou registrováni jako domov pro osoby se zdravotním postižením.

Domov Dědina Opočno se transformoval v letech 2005 -2007 tedy v období zásadních změn v oblasti poskytování a financování sociálních služeb v České republice. To zákonitě tento proces ovlivnilo. Výhodou pro transformaci však bylo, že vedení domova i jeho personál byli odhodláni projít tímto procesem. ÚSP Hořice byl naopak postaven do pozice vykonavatele rozhodnutí zřizovatele. I přesto měl však šanci ovlivnit způsob a konečné řešení transformace své organizace. Dokončení procesu u této organizace je naplánováno na rok 2015. Zatímco proces transformace byl v DDO úplný, tj. z ústavního zařízení byli přestěhováni všechny klientky do komunitního prostředí, transformace ÚSP Hořice bude pouze částečná. Části uživatelů bude i nadále poskytována péče ústavního charakteru. Co je však pro obě organizace společné, je výstavba nových rodinných domků, ve kterých je uživatelům poskytována komunitní péče. DDO při stanovení parametrů a vybavení rodinných domků rozhodoval na základě svých dosavadních zkušeností a „dobré praxe“ u jiných poskytovatelů komunitní péče. ÚSP Hořice měl tyto parametry dán „Kritérii transformace a deinstitucionalizace“. V tomto návodu však zpracovatel, MPSV, zohledňoval potřeby klientů s mentálním postižením, a proto pro cílovou skupinu tělesně postižených byla v některých oblastech tato kritéria ne zcela vyhovující. Například společné prostory v jednotlivých domácnostech mají v kritériích velmi malou plochu, což je pro vozíčkáře nevyhovující. Zároveň se ukazuje, že pro klienty s tělesným handicapem získaným v průběhu života není ideální společné bydlení v jedné domácnosti. Komunitní péče by se měla poskytovat takto postiženým lidem především prostřednictvím individuálního bydlení za pomoci asistenta. Tato varianta je však z pohledu financování sociální služby nejnákladnější. Pro postiženého, který vyžaduje 24 hodinovou péči, je při běžných příjmech, tzn. má přiznán invalidní důchod + příspěvek na péči 4. stupně, neufinancovatelná. Pokud je takový postižený člověk uživatelem sociální služby DOZP jsou náklady na službu, které není schopen uživatel uhradit, přeneseny na organizaci a jejím prostřednictvím na stát zastoupený MSPV ČR.

Z hlediska osobního zabezpečení u klientů s mentálním postižením s nově nabytými schopnostmi v oblasti sebeobsluhy a se zvyšující se soběstačností, postupně klesá závislost na pracovnících. Celodenní pomoc ze strany personálu je nahrazena podporou pečujících pouhých několik hodin denně. U klientů s tělesným postižením nedochází k takovému markantnímu posunu závislosti na personálu služby, neboť jejich handicap jim nedovolí vykonávat všechny běžné věci úplně samostatně. I přesto díky individualizované péči lze najít optimální rozsah pomoci či podpory ze strany personálu.

Z hlediska hospodaření je proces transformace spojen nejen s vedlejšími transformačními náklady, ale především se zvýšením provozních nákladů. Co se týká struktury nákladů u obou organizací, můžeme tvrdit, že došlo ke změně jejich struktury, a to ke snížení podílu materiálových nákladů a nákladů na energie a k růstu podílu nákladů osobních. Růst osobních nákladů je spojen se změnou struktury pracovníků – navýšení pracovníků v přímé obslužné péči. U cílové skupiny mentálně postižených však může postupně docházet ke snížení počtu personálu. I zde však záleží na tom, o jak těžké postižení se jedná. U cílové skupiny tělesně postižených se nepočítá se snižováním osobních nákladů. U obou skupin je ale jisté, že poskytování komunitní péče ve značné míře zvýší kvalitu jejich života. V oblasti výnosů zkoumaných organizací je společným rysem vyšší podíl veřejných zdrojů (dotace MPSV a příspěvek zřizovatele) než před začátkem transformace.

Z provedených analýz vyplývá jednoznačně fakt, že poskytování služeb sociální péče v komunitě je značným přínosem pro všechny osoby se zdravotním postižením, ať mentálním či tělesným. Každá z těchto cílových skupin však potřebuje jiné zabezpečení (podmínky pro ubytování, přístup ze strany personálu, vazby na komunitu, přístup k veřejným službám). U tělesného hendikepu jde především o odstranění fyzických bariér a pomoc a podporu tam, kde postižení osobě nedovolí vykonávat činnosti samostatně. U mentálně postižených jde o odstranění předsudků vůči těmto osobám a o pomoc a podporu při rozhodování.

I přesto, co zde bylo uvedeno, je třeba mít na zřeteli, že nejpřirozenější cestou pro osoby se zdravotním postižením je přechod z rodinné péče v dětství k individuální péči poskytované v přirozeném prostředí v dospělosti tak, jako je tomu u osob bez postižení.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ASOCIACE VZDĚLAVATELŮ V SOCIÁLNÍ PRÁCI. *Život v ústavu je hendikep: Transformace ústavní péče*. Sociální práce [online]. 2013 [cit. 2014-03-15]. Dostupné z WWW: http://www.socialni prace.cz/soubory/suplement_1-2013-130315113350.pdf%C5%BDivot.

ČÁMSKÝ, P.; SEMBDNER, J.; KRUTILOVÁ, D. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. 1. vydání. Praha: Portál, 2011. 264 s. ISBN 978-80-262-0027-7.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Statistická ročenka České republiky 2013: Vybraná pobytová zařízení sociálních služeb k 31. 12. 2012* [online]. 2012 [cit. 2014-05-23]. Dostupné z WWW: [http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/kapitola/0001-13-r_2013-2500http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/t/29003AE066/\\$File/320113401.pdf](http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/kapitola/0001-13-r_2013-2500http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/t/29003AE066/$File/320113401.pdf).

DOLEJŠÍ, Mojmír. K otázkám psychologie mentální retardace. In: HABIBALLA, L. *Život s postižením v kazuistikách* [online]. Brno: Masarykova univerzita, 2008 [cit. 2014-05-23]. Dostupné z WWW: is.muni.cz/th/246739/pdf_m/DiplomovaPraceLucieHabiballa.doc.

DOMOV DĚDINA [online]. [cit. 2014-05-31]. Dostupné z WWW: <http://www.domov-dedina.cz/>.

EUROPEAN COALITION FOR COMMUNITY LIVING [online]. [cit. 2014-05-31]. Dostupné z WWW: <http://community-living.info/about-eccl/>.

FURMANÍKOVÁ, L.; HAVRDOVÁ, Z.; TOLLAROVÁ, B.; VRZÁČEK, P. *K fenoménu vůdcovství: Kým a jak je iniciován a veden proces transformace pobytových sociálních služeb*. Sociální práce: Deinstitutionalizace sociálních služeb. 2013, roč. 13, č. 1. ISSN 1213-6204.

HELPNET. *Počet osob se zdravotním postižením v ČR mírně vzrostl. Pomoc na dvanáctce*: Portál pro sociální oblast [online]. 2014 [cit. 2014-05-23]. Dostupné z WWW: <http://p12.helpnet.cz/aktualne/pocet-osob-se-zdravotnim-postizenim-v-cr-mirne-vzrostl>.

HRUBÁ, Marie. *Popis procesu integrace klientů Ústavu sociální péče Jinošov* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011 [cit. 2014-05-23]. Diplomová práce. Dostupné z WWW: http://theses.cz/id/iqvijt/Bakalarska_prace_Marie_Hruba.pdf.

KRÁLOVÁ, J.; RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči 2012*. 4. vydání. Olomouc: ANAG, 2012. 464 s. ISBN 978-80-7263-748-5.

MAPY. CZ [online]. [cit. 2014-05-31]. Dostupné z WWW: <http://www.mapy.cz>.

MATOUŠEK, Ondřej. *Ústavní péče*. 2. vydání. Praha: Slon, 1999. 159 s. ISBN 80-85850-76-1.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Bydlení (nejen) pro lidi se zdravotním postižením* [online]. 2012 [cit. 2014-05-23]. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/14029/ManualArchitekturyBydleni.pdf>.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti* [online]. 2007 [cit. 2014-05-23]. Dostupné z WWW: http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče*. [online]. 2009 [cit. 2014-05-23]. Dostupné z WWW: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7059/Doporuceny_postup_3_2009.pdf.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Podpora transformace sociálních služeb* [online]. 2013 [cit. 2014-05-23]. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/7058>.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Registr poskytovatelů sociálních služeb* [online]. 2008-2014 [cit. 2014-05-23]. Dostupné z WWW: <http://iregis<tr.mpsv.cz>.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Standardy Kvality sociálních služeb* [online]. 2008 [cit. 2014-05-23]. Dostupné z WWW: http://www.mpsv.cz/files/clanky/5965/skss_final_web.pdf.

MULHEIR, G., BROWNE, K. *De-institutionalising and Transforming Children's Services: A Guide to Good Practice* [online]. Birmingham: University of Birmingham, 2007. [cit. 2013-07-01]. Dostupné z WWW: http://www.crin.org/docs/Deinstitutionalisation_Manual_-_Daphne_Prog_et_al.pdf.

NÁRODNÍ CENTRUM PODPORY TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB. *Zpráva o procesu podpory transformace v ČR* [online]. 2013 [cit. 2014-03-15]. Dostupné z WWW: http://www.trass.cz/TrassDefault.aspx?rid=96657&app=Article&grp=Content&mod=ContentPortal&sta=ArticleDetail&pst=ArticleDetail&p1=OID_INT_9202&p2=ShowDocInfo_BOOL_True&p3=RoundPanel_BOOL_True&acode=155811456.

NOVOSAD, Libor. Občané s tělesným postižením. In: BENDOVIČ, P. *Manuál základních postupů jednání při kontaktu s osobami s tělesným postižením* [online]. Olomouc: Sdružení obcí Mikroregionu Vsetínsko, 2007 [cit. 2014-05-23]. ISBN 978-80-244-1631-1. Dostupné z WWW: <http://www.mikroregionvsetinsko.cz/PIC/Manu%C3%A1l/Manu%C3%A1l%20-%20t%C4%9Blesn%C3%A9%20posti%C5%BEen%C3%AD.pdf>.

PROBSTOVÁ, Věra. Sociální práce s duševně nemocnými. In: ŘÍČAN, P. *Úvod do komunitní péče o duševně nemocné* [online]. Dostupné z: <http://www.fokusvysocina.cz/document.ashx?id=25>.

PRŮŠA, Ladislav. *Ekonomie sociálních služeb*. 2. vydání. Praha: ASPI, 2007. 179 s. ISBN 978-80-7357-255-6.

SOKOL, R.; TREFILOVÁ, V. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. 1. vydání. Praha: ASPI, 2008. 444 s. ISBN 978-80-7357-316-4.

ŠTEFLOVÁ, Alena. *Integrovaná komunitní péče*. In: Apra – atestační práce [online]. 2005-2007 [cit. 2014-05-31]. Dostupné z: <http://www.apra.ipvz.cz/download.asp?docid=136>.

THORNICROFT, G., TANSELLA, M. The principles underlying community care. In: ŘÍČAN, P. *Úvod do komunitní péče o duševně nemocné* [online]. Dostupné z: <http://www.fokusvysocina.cz/document.ashx?id=25>.

ÚSTAV SOCIÁLNÍ PÉČE PRO TĚLESNĚ POSTIŽENÉ V HOŘICÍCH V PODKRKONOŠÍ [online]. [cit. 2014-05-31]. Dostupné z WWW: <http://www.usphorice.cz/cz/>.

VOSTATEK, Jaroslav. *Financování a nákladovost sociálních služeb*. 1. vydání. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, o. s., 2013. 103 s. ISBN 978-80-904668-7-6.

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.

Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Přehled organizací zapojených do pilotního projektu transformace

Příloha B: Mapa znázorňující stávající a nové zařízení ÚSP Hořice

Příloha A: Přehled organizací zapojených do pilotního projektu transformace

Vybraná zařízení v pilotním projektu transformace

Kraj	Zařízení
Jihomoravský kraj	Habrovanský zámek, příspěvková organizace
Jihomoravský kraj	Srdce v domě, příspěvková organizace
Jihočeský kraj	Centrum sociálních služeb Jindřichův Hradec - Domov Pístita
Karlovarský kraj	Domov pro osoby se zdravotním postižením v Mariánské, příspěvková organizace
Karlovarský kraj	Domov pro osoby se zdravotním postižením "PATA" v Hazlově, příspěvková organizace
Královéhradecký kraj	Barevné domky Hajnice
Královéhradecký kraj	Ústav sociální péče pro tělesně postižené v Hořicích v Podkrkonoší
Liberecký kraj	Domov Sluneční dvůr, příspěvková organizace
Liberecký kraj	Domov pro osoby se zdravotním postižením Mařenice, příspěvková organizace
Liberecký kraj	Domov pro lidi se zdravotním postižením Jablonec nad Nisou
Moravskoslezský kraj	Marianum, příspěvková organizace
Moravskoslezský kraj	Harmonie, příspěvková organizace
Moravskoslezský kraj	Zámek Nová Horka, příspěvková organizace
Moravskoslezský kraj	Zámek Dolní Životice, příspěvková organizace
Olomoucký kraj	Vincentinum - poskytovatel sociálních služeb Šternberk, příspěvková organizace
Pardubický kraj	Domov sociálních služeb Slatiňany
Plzeňský kraj	Domov pro osoby se zdravotním postižením Stod, příspěvková organizace
Středočeský kraj	Bellevue, poskytovatel sociálních služeb


Středočeský kraj	Vyšší Hrádek, poskytovatel sociálních služeb
Ústecký kraj	Ústav sociální péče Lobendava, příspěvková organizace
Ústecký kraj	Domovy pro osoby se zdravotním postižením Ústí nad Labem příspěvková organizace - Domov pro osoby se zdravotním postižením Hliňany
Kraj Vysočina	Domov bez zámku, příspěvková organizace
Kraj Vysočina	Domov Háj, příspěvková organizace (dříve ÚSP Ledec nad Sázavou)
Kraj Vysočina	Domov Jeřabina, příspěvková organizace (dříve ÚSP Těchobuz)
Kraj Vysočina	Ústav sociální péče Křižanov, příspěvková organizace
Zlínský kraj	Sociální služby Vsetín, příspěvková organizace - Domov pro osoby se zdravotním postižením Zašová
Zlínský kraj	Sociální služby Uherské Hradiště, příspěvková organizace - Domov pro osoby se zdravotním postižením Velehrad - Salašská


Organizace přímo řízené Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR

Působnost	Zařízení
ČR	Diagnostický ústav sociální péče v Tloskově
ČR	Ústav sociální péče pro tělesně postižené v Hrabyni
ČR	Centrum pobytových a terénních služeb Zbůch
ČR	Centrum sociálních služeb pro osoby se zrakovým postižením v Brně- Chrlících
ČR	Centrum Kociánka

Zdroj: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2013

Příloha B: Mapa znázorňující stávající a nové zařízení ÚSP Hořice

 Stávající služba

 Nová služba



Zdroj: www.mapy.cz