

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra praktické teologie

Bakalářská práce

Standardy kvality sociálních služeb
a jejich zavádění v pobytovém zařízení
domova pro seniory

Vedoucí práce: Mgr. Markéta Elichová, Ph.D.

Autor práce: Ludmila Kučerová, DiS.

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Ročník: III. ročník kombinovaná forma studia

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu pramenů.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

31. března 2008

vlastnoruční podpis studentky

Především děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Markétě Elichové, Ph.D.
za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

Dále děkuji řediteli Městské charity v Plzni Mgr. Pavlu Janouškovcovi za důležité
konzultace a svým spolupracovníkům v Domově pro seniory sv. Jiří
za aktivní spoluúčast na zavádění standardů kvality - jmenovitě
Bc. Lence Dejmkové za spolupráci na měření jejich přínosů.

Děkuji i pracovníkům firmy BPS Business Process Services za bezplatné
provedení vzorového preauditů a za převedení řídicí dokumentace do nového
systému.

A nakonec musím poděkovat i své rodině, která má pro mé studium pochopení
a musí si až příliš často docela dobře poradit doma i beze mě.

OBSAH

ÚVOD.....	6
1 DEFINICE STANDARDŮ KVALITY	8
1.1 Historie standardů kvality.....	8
1.2 Kontext standardů kvality.....	9
1.2.1 Základní charakteristika standardů kvality.....	9
1.2.2 Vazba standardů na demografický vývoj	10
1.2.3 Vazba standardů na komunitní plánování	10
1.3 Platné standardy kvality.....	12
1.3.1 Klasifikace standardů	12
1.3.2 Zákon o sociálních službách.....	14
1.3.3 Prováděcí vyhláška	16
1.3.4 Obsah standardů kvality sociálních služeb.....	17
2 ZAVÁDĚNÍ STANDARDŮ KVALITY DO PRAXE V DSJ	18
2.1 Cíle a metodika zavádění standardů kvality	18
2.2 Zahájení prací	19
2.3 Vytvoření řízené dokumentace.....	20
2.3.1 Původní systém dokumentace	20
2.3.2 Systém řízené dokumentace	21
2.3.3 Technické zajištění řízené dokumentace	23
2.4 Změna procesů.....	24
2.4.1 Individualizace služby	24
2.4.2 Organizační změny	25
2.4.3 Vedení zdravotní a sociální dokumentace	25
2.4.4 Změna myšlení lidí	26

3	OVĚŘENÍ ÚČINNOSTI STANDARDŮ KVALITY	26
3.1	Interní audit.....	26
3.1.1	Testy	27
3.1.2	Preaudit.....	27
3.1.3	Výsledky ověření.....	28
3.2	Inspekce kvality	29
3.3	Průběžné zlepšování	29
3.4	Výsledky zavedení standardů kvality	30
3.4.1	Techniky výzkumu	30
3.4.2	Přínosy – pohled zaměstnanců	31
3.4.3	Přínosy – pohled klientů	32
3.4.4	Náklady na vzdělávání pracovníků.....	33
	ZÁVĚR.....	35
	SEZNAM LITERATURY	38
	SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ.....	41
	SEZNAM ZKRATEK.....	41
	SEZNAM PŘÍLOH.....	42
	PŘÍLOHY	43
	ABSTRAKT.....	81
	ABSTRACT.....	82

ÚVOD

Téma této práce jsem zvolila z důvodu, který je zřejmý pro všechny, kteří pracují nebo se zajímají o dění v sociální oblasti. Jedním z nejcitovanějších slov v těchto kruzích je totiž už několik let slovo STANDARDY. Standardizace pracovních procesů je však už mnohem déle známa z jiných odvětví.

Můžeme si položit otázku, proč je v naší společnosti tak silná snaha zavádět normy – standardy do všech oblastí lidského světa. Pokud se podíváme do roviny psychologické, ozřejmí se nám fakt, že potřeba jistoty a bezpečí je jednou ze základních lidských potřeb, kterou se člověk snaží naplnit hned po uspokojení potřeb fyziologických.¹ Lze tedy odvodit, že člověk jako jedinec i jako společnost ztrácí pocit jistoty a bezpečí ve svém životě, ve světě vůbec. Proto je třeba zkoumat oblast sociální a sociologickou, jaké zde jsou změny, které zřejmě člověka uvádí do nejistoty nebo snad přímo ohrožují. Jednou ze sociologických odpovědí je novodobé „stěhování národů“, ke kterému začalo podle sociologických výzkumů docházet koncem minulého století a jeho intenzita je stále narůstající. Až na malé výjimky totalitních režimů, žije dnes celý svět v multikulturní společnosti.² Z toho se pak odvíjejí převratné změny v oblasti sociální. Člověk se již nemůže „opřít“ o svého souseda, vedle kterého vyrůstal a bydlel, tak jak to bylo u generací našich předků, ba často ještě v našem dětství. Proměny sociální a společenské vůbec jsou tak převratné, že mnoho své energie musí každý vynaložit již jen na sledování těchto změn, aby z nich zvládl vyvodit důsledky pro své fungování ve společnosti. Pokud přihlédneme ještě k oblasti technické, rozloží se před námi celý „úprk“ lidského pokroku a vývoje. Zde jsou tedy zřejmě prameny touhy po normách, standardech, potažmo kodexech v naší společnosti. Lidstvo v nich hledá určité jistoty svého fungování. Mohli bychom však položit další otázku, zda opravdu normy lidstvo chrání. To by však už bylo spíše odbočení do roviny filosofické. Rovina etická je však normami rozhodně

¹ Srov. MASLOW A. *Hierarchie lidských potřeb*. Wikipedie.

² Srov. MUNKOVÁ G. a kol. *Sociální politika v evropských zemích*. Praha: Karolinum, 2005. Str. 13.

silně ovlivněna a spolu s rovinou sociální bude právě tou oblastí, které se standardy sociálních služeb nejvíce dotknou. Při komplexním pohledu samozřejmě musíme zmínit i oblast ekonomickou a právní.

Zavádění standardů kvality do sociálních služeb je tedy téma velmi aktuální, se kterým se musí vyrovnat stávající i potencionální poskytovatelé sociálních služeb, neboť od roku 2007 je přímo uzákoněno.³ Proces zavádění standardů do praxe je však spojen s mnoha úskalími. Proto je **cílem této práce popsat postup, který byl užit v Domově pro seniory sv. Jiří v Plzni** (dále jen DSJ)⁴, kde pracuji v pozici „Vedoucí domova“. I zde jsme v průběhu zavádění procházeli určitými fázemi. Nyní jsme již natolik postoupili, že mohu **popsat metody ověření zavedených standardů i analyzovat důsledky jejich zavedení. Poznatky získané v průběhu zavádění těchto standardů chci zpracovat jako příklad dobré praxe (best practices) v uceleném souboru zásad** tak, aby práce byla využitelná pro další poskytovatele sociálních služeb, kteří usilují o naplnění standardů kvality. **Zmíněné představuje dílčí cíle této práce.**

Přála bych ostatním provozovatelům, aby zvolili při jejich zavádění taková řešení a postupy, které povedou ke skutečnému zlepšení kvality jejich služeb a nebudou pouze znamenat jejich další administrativní zátěž.

³ Zákon č. 108/2006 Sb.

⁴ Domov pro seniory sv. Jiří, Mohylová 92, Plzeň.

1 DEFINICE STANDARDŮ KVALITY

V této kapitole chci zmapovat novodobou historii vzniku standardů kvality, jejich celkový rámec z hlediska demografického vývoje a komunitního plánování, jejich zákonný rámec daný zákonem o sociálních službách a jeho prováděcí vyhláškou. Závěrem specifikuji platné standardy kvality, které jsou výsledkem práce mnoha odborných pracovníků Ministerstva práce a sociálních věcí i dalších specialistů z praxe, kteří se podíleli na jejich připomínkování.

1.1 Historie standardů kvality

Standard je slovo dnešního života. Je jím myšlena určitá „nepodkročitelná“ hranice, stupeň, mez či úroveň, kterou je nutno vždy zachovat. Této hranici říkáme norma. Je to tedy nejnižší základ, který je nutno dodržet a respektovat.

Standardy sociálních služeb vznikly především proto, že si naše společnost uvědomila, že v oblasti sociálních služeb, tak jak byly provozovány v době totality, není vše v pořádku. Zacházení s uživateli sociálních služeb často nejen neodpovídalo základním etickým normám, ale leckde hraničilo s právní otázkou dodržování lidských práv. Proto jedním z prvních „porevolučních“ úkolů Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) byla snaha o změnu v oblasti sociálních služeb: *„Výchozím principem při tvorbě standardů kvality byla snaha zajistit, aby sociální služby směřovaly k podpoře setrvání člověka v přirozeném prostředí a k rozvoji jeho přirozených sociálních vazeb. Ve standardech jsou proto definovány takové požadavky na kvalitu služeb, které budou zárukou vyrovnání příležitostí uživatelů sociálních služeb ve společnosti. Standardy jsou pomůckou pro poskytovatele usilující o poskytování dobrých a účinných sociálních služeb, které respektují a podporují rovný přístup ke vzdělání,*

práci a k dalšímu občanskému a osobnímu uplatnění a jsou tak základním předpokladem plnohodnotného, důstojného a svobodného života.“⁵

Principy křesťanské lásky, na jejichž základech byla od vzniku křesťanství služba potřebným poskytována, byly za první republiky obohaceny o nové vědecké poznatky.⁶ Tento slibný rozvoj služeb byl však razantně přerušen totalitním režimem, který principy křesťanské lásky odmítal. Ve vědeckých poznacích se izoloval od „západního“ světa silnou zdí, a proto nejen ustrnul, ale stal se z něj jakýsi „paskvil“. Budovatelský duch totality byl v rozporu s přijetím sociálně slabých a hendikepovaných ve své společnosti. Proto byli tito občané zavíráni do ústavů, aby nebyli „budovatelské“ společnosti na očích. Sám režim v ústavech se stal časem velmi totalitní a to především ke svým klientům. Proto někdejší ministr práce a sociálních věcí, PhDr. Vladimír Špidla zakončil úvod k prvnímu vydání Standardů kvality sociálních služeb tímto přáním: „*Věřím, že předkládané standardy se stanou účinnou pomůckou, která povede ke zvýšení kvality poskytovaných sociálních služeb, zajistí náležitou ochranu práv a svobod jejich uživatelů a umožní jim stát se rovnocennými členy naší společnosti.*“⁷

1.2 Kontext standardů kvality

1.2.1 Základní charakteristika standardů kvality

V centru všech stanovených standardů stojí tzv. „uživatel“. Uživatelem se rozumí občan, který má deficit potřeb v sociální oblasti, který nelze uspokojit na principech subsidiarity⁸, a proto volí takovou sociální službu, která nejlépe dokáže tento deficit pokrýt.

Sociální služby jsou pro uživatele služeb bezpečné, jsou zárukou kvality a garantují uživatelům ve svých zařízeních dodržování základní listiny práv a svobod. Sociální služby jsou dostupné pro všechny potřebné občany. Každý

⁵ JOHNNOVÁ M. *Standardy kvality sociálních služeb- Předmluva* . Praha: MPSV, 2003. Str. 1.

⁶ Srov. KOUKLOVÁ S. *Ošetrovatelství. Historie ošetrovatelství*. Praha: 2007.

⁷ JOHNNOVÁ M. *Standardy kvality sociálních služeb- Předmluva* . Praha: MPSV, 2003. Str. 1.

⁸ Příbuzenská, sousedská výpomoc.

občan má v případě potřeby možnost jednoduchým a přehledným způsobem získat přehled o všech zařízeních, která poskytují sociální služby (ví, kam se obrátit, funguje sociální poradenství, webové stránky atd.).

1.2.2 Vazba standardů na demografický vývoj

V roce 2002 vydala vláda České republiky obsáhlý dokument nazvaný Národní program přípravy na stárnutí, kde jsou podrobně rozebírány důsledky stárnoucí populace v ČR a opatření, která mají jednotlivá ministerstva během let 2003 – 2007 učinit, aby byla zajištěna připravenost naší republiky na změny v důsledku tohoto jevu. V úvodu dokumentu se píše: „Cílem tohoto dokumentu je podpořit rozvoj společnosti pro lidi všech věkových skupin tak, aby lidé mohli stárnout důstojně, v bezpečí a mohli se i nadále podílet na životě společnosti jako plnoprávní občané.....Stárnutí společnosti je třeba pojmout jako příležitost, které má být využito všemi generacemi.“⁹

Právě standardy sociálních služeb by měly pomoci naplnit tyto cíle uvedeného Národního programu. V měsíci listopadu 2007 byl vládou vydán nový program na období 2008 až 2012.¹⁰ Zahrnuje mimo jiné i oblasti: Zdraví a zdravé stárnutí, Aktivní stárnutí a Prostředí a komunita vstřícná ke stáří. Je tedy zřejmé, že si naše vláda plně uvědomuje nutnost aktivně řešit situaci stárnoucí populace.

1.2.3 Vazba standardů na komunitní plánování

Komunitní plánování se rozvíjí¹¹ na různých úrovních (místní, obecní, krajské) po celé ČR. V komunitním plánování jde zejména o to stanovit potřebné služby pro obyvatele žijící v daném území a to zejména v souladu se zmíněným dokumentem Národního plánu přípravy stárnutí občanů.¹² Na komunitním plánování se podílí jak zástupci obcí a krajů, tak místní poskytovatelé služeb, zástupci občanů a zejména občané, pro které jsou plánovány změny – senioři,

⁹ Srov. Vládní dokument *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003-2007*. Praha, MPSV, 2005.

¹⁰ Srov. *Národní program přípravy na stárnutí na období 2008 až 2012*. Praha: MPSV, 2008.

¹¹ Srov. *Komunitní plánování*.

¹² Srov. *Národní program přípravy na stárnutí na období 2008 až 2012*. Praha: MPSV, 2008.

občané s hendikepem, matky s dětmi atp. Zde si tedy obce a kraje stanoví plány rozvoje a priority, do kterých se bude investovat. Komunitní plánování je jedinečnou příležitostí, jak nastavit služby potřebným občanům tak, aby byla zajištěna dostupnost a kvalita pro všechny.

Cílem komunitního plánování je otevřít prostor pro komunikaci občanů, zvýšit podíl rozhodování zastupitelů obce nebo kraje tak, aby výsledné rozhodnutí bylo odrazem potřeb a přání občanů a tudíž bylo občany kladně přijímáno. Dalším cílem této metody je vytvoření komunitního plánu sociálních služeb tak, aby odpovídal možnostem, potřebám a zdrojům v komunitě.

Zákon o sociálních službách užívá termín „plán rozvoje“, na kterém se má podílet obec, kraj a MPSV – ve vzájemné hierarchické spolupráci. Sestavuje se tzv. „střednědobý plán rozvoje“.¹³ Komunitně plánovat má obec ve spolupráci s uživateli, poskytovateli sociálních služeb, veřejnoprávními institucemi, místními podnikateli, představiteli občanské samosprávy. Ta podává zprávu kraji. Kraj koordinuje sestavování komunitních plánů rozvoje a zajištění sociálních služeb vybraných obcí. Kraj po vyjednávání mezi zúčastněnými stranami sestaví komunitní plán kraje a ten předkládá MPSV. Ministerstvo tyto plány shromažďuje, sumarizuje získané údaje s ohledem na sestavování státního rozpočtu a na základě informací a údajů ze shromážděných krajských komunitních plánů sestavuje a vyhlašuje republikové priority k provádění cílené a potřebám odpovídající celostátní sociální politiky v oblasti sociálních služeb. Komunitní plán umožňuje transparentní efektivní financování na základě ověřených údajů, zjištěných při analýzách potřebnosti a zdrojů.

Sociální služby musí odpovídat potřebám uživatelů, musí být finančně dostupné a musí mít určitou úroveň.

Proto se jeden ze standardů kvality také týká průběhu a plánování služeb. Poskytování služeb vychází z osobních cílů a potřeb uživatele a je postaveno na jeho schopnostech. Stanovená kritéria jsou:

¹³ Srov. Zákon č. 108/2006 Sb., Díl 4, § 92-96.

- ▶ Průběh služby vychází především z vnitřních zdrojů a možností uživatele, sleduje dosažení dohodnutých osobních cílů a je plánován společně s uživatelem. Tato doporučení korespondují s myšlenkou komunitního plánování sociálních služeb.
- ▶ Pro poskytnutí kvalitní služby musí poskytovatel dobře rozpoznat nebo definovat cíle klienta, jeho možnosti, schopnosti, přání.
- ▶ Na osobní cíle klienta pak přizpůsobí službu, která směřuje k dosažení klientových cílů a uspokojuje klientovy potřeby.

Rozpoznávání potřeb klientů a plánování uspokojujících služeb tvoří předstupeň, základ komunitního plánování sociálních služeb. To zohledňuje potřeby všech klientů v celé komunitě a vychází z místních zdrojů.

1.3 Platné standardy kvality

1.3.1 Klasifikace standardů

První oficiální dokument zveřejňující standardy kvality sociálních služeb vydalo MPSV v roce 2001.¹⁴ Standardy zde byly rozděleny do procedurálních, personálních a provozních.

Do procedurálních (profesních) standardů spadalo prvních 8 standardů:

- ▶ Cíle a způsoby poskytování služeb
- ▶ Ochrana práv uživatelů sociálních služeb
- ▶ Jednání se zájemcem o službu
- ▶ Dohoda o poskytování služby
- ▶ Plánování a průběh poskytování služeb
- ▶ Osobní údaje
- ▶ Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociálních služeb

¹⁴ Srov. *Standardy kvality sociálních služeb*. Praha: MSPV, 2001.

▶ Návaznost na další zdroje

Procedurálními standardy je nazýváme proto, že definují požadavky na procesy. Nejprve je nutno vydefinovat co a pro koho chceme dělat, následně stanovit postupy – procesy, jak toho dosáhnout. Standardy stanovují měřitelná kritéria, kterými je možno kontrolovat kvalitu nastavených procesů.

Oblast personální řešily tři standardy:

- ▶ Personální zajištění služeb
- ▶ Pracovní podmínky a řízení poskytování služeb
- ▶ Profesní rozvoj pracovníků a pracovních týmů

Personální standardy se zabývají zajištěním lidských zdrojů pro výkon procesů - kdo bude stanovený proces vykonávat, jak bude vypadat organizační struktura zařízení, jak je zajištěn další profesní rozvoj pracovníků.

Provozní standardy mají za úkol stanovit kde, v jakém rozmezí, za jakých podmínek a také s jakým zajištěním bude zařízení pracovat. Určují rovněž normy pro informovanost ostatních o zařízení a řešení havarijních situací. Konečně se dotýkají i norem ekonomických. Jednalo o tyto standardy:

- ▶ Místní a časová dostupnost služby
- ▶ Informovanost o službě
- ▶ Prostředí a podmínky poskytování služeb
- ▶ Nouzové a havarijní situace
- ▶ Zajištění kvality služeb
- ▶ Ekonomika

Provoz zařízení musí tedy jevit známky provozní i ekonomické stability i ve výjimečných situacích. V roce 2002 vydalo MPSV brožuru Průvodce poskytovatele.¹⁵ Zde se podrobně rozepisují jednotlivá kritéria spolu

¹⁵ ČERMÁKOVÁ K, JOHNOVÁ M. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*. Praha: Fokus, 2002.

s vysvětlením, jak rozpoznat jejich naplňování a rovněž uvádí inspirativní příklady a nejčastější omyly. Tato brožura se stala jakousi „kuchařkou“ pro všechna sociální zařízení, podle kterých dodatečně definovala své procedurální standardy, určovala standardy personální a uváděla provoz do souladu s provozními standardy.¹⁶ Tím vznikla paradoxní situace, protože vlastně popírá systém budování firmy, neboť sociální služby končí tím, čím se u budování firmy začíná. Standardy se tak staly pro mnoho poskytovatelů velmi náročným úkolem. Tvořili svou novou koncepci bez profesionálnějšího vhledu do této problematiky, jen za pomoci uvedené příručky. Bohužel z důvodů, které byly uvedeny v kapitole o historii standardů, bylo nutno tuto mimořádnou situaci jakýmsi způsobem uchopit, aby se provedlo „polidštění“ a současně profesionalizace péče v ústavech a zařízeních sociální péče.

1.3.2 Zákon o sociálních službách

V roce 2006 byl vydán dlouho očekávaný a přes deset let připravovaný Zákon o sociálních službách: *„Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách.“*¹⁷

Třetí část zákona určuje základní druhy sociálních služeb: sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. § 33 určuje formy poskytování sociálních služeb: služby pobytové, ambulantní a terénní. § 34 kategorizuje typy zařízení sociálních služeb. Tyto služby lze kombinovat a vytvářet mezigenerační a integrovaná centra.

¹⁶ Kolegium pracovníků rezidenčních služeb a zařízení pro seniory Arcidiecézní charity Olomouc a charit v Olomoucké arcidiecézi, *Postup při zřizování a realizaci zařízení: Charitní domov pro seniory*. Olomouc: Charita, 2006.

¹⁷ Zákon č.108/2006 Sb. o sociálních službách.

Zásadní změnu, kterou zákon¹⁸ přinesl, je forma financování služeb. Finance jsou směřovány přímo kuživateli služeb, který si může vybrat z nabízených služeb tu, která nejlépe odpovídá jeho potřebám. Osoba, která požádá o příspěvek na péči je nejprve zařazena do stupně závislosti na pomoci druhé osoby (viz příloha II).

Zákonem¹⁹ je upraveno vyplácení příspěvku a kontrola jeho využití. Pro tyto účely je zřízen informační systém. Zákon rovněž upravuje poskytnutí příspěvku osobám jiných států EU žijícím v ČR, aby nedocházelo k neodůvodnitelné zátěži systému.

Zákon²⁰ určuje základní činnosti při poskytování sociálních služeb u jednotlivých druhů sociálních služeb, které jsou poskytovatelé sociálních služeb vždy povinni zajistit. Fakultativně mohou být zajišťovány další činnosti. Je zde řešena rovněž úhrada za poskytované služby, ovšem bez konkrétních čísel, které jsou obsaženy až v prováděcí vyhlášce.

Hlava II Zákona²¹ řeší kvalitu poskytovaných služeb, tzv. povinnou registraci každého poskytovatele sociálních služeb (viz příloha III).

Dále jsou zde uvedeny povinnosti poskytovatele sociálních služeb a forma, kterou se uzavírá smlouva mezi poskytovatelem a žadatelem. Jsou zde rovněž vymezeny pravomoci obecních, krajských úřadů a ministerstev při zajišťování pomoci potřebným osobám. Zákon²² definuje i formy kontroly (inspekce kvality) dodržování podmínek stanovených pro poskytování.

Zákon²³ stanovuje minimální předpoklady ve vzdělání pro výkon činnosti v sociálních službách a vymezuje okruh pracovníků, kteří vykonávají odbornou

¹⁸ Srov. Zákon č.108/2006 Sb. o sociálních službách.

¹⁹ Tamtéž. § 21 - 28.

²⁰ Tamtéž. § 35.

²¹ Tamtéž. § 78 – 88.

²² Tamtéž. § 97 – 99.

²³ Tamtéž. § 109 - § 111.

činnost: sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, zdravotničtí pracovníci a pedagogičtí pracovníci.

Supervize je kvalifikovaný dohled nad průběhem programu nebo projektu zaměřený na kvalitu činnosti pracovníků, profesionálů či dobrovolníků. Fungování supervize v organizaci je dle prezentovaného zákona jednou z podmínek činnosti každé sociální služby (viz příloha IV).²⁴

1.3.3 Prováděcí vyhláška

V roce 2006 byla vydána prováděcí vyhláška²⁵ k některým ustanovením Zákona o sociálních službách. Tato vyhláška podrobně stanoví způsob hodnocení úkonů v péči o vlastní osobu a úkonů soběstačnosti, rozsah úkonů poskytovaných v rámci základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb a maximální výši úhrad za poskytování některých sociálních služeb.²⁶ Teprve po vydání vyhlášky bylo možno začít propočítávat ceny úhrad pro jednotlivá zařízení, vydat ceníky a uzavírat smlouvy s uživateli služeb.

Ve vyhlášce jsou rovněž přesně rozepsány okruhy vzdělávání v Kvalifikačním kurzu pro pracovníky v sociálních službách.²⁷ V páté části vyhlášky²⁸ je obsaženo hodnocení plnění standardů kvality sociálních služeb. Podle tohoto hodnocení budou postupovat krajští inspektoři, vyškolení MPSV, při provádění kontroly dodržování standardů.

V příloze č. 2 vyhlášky jsou uvedeny znovu jednotlivé standardy s hodnotícími kritérii, u kterých je uvedeno, zda jsou tzv. zásadní či ne. To bude rozhodující při inspekci kvality, neboť každé zařízení bude muset všechna zásadní kritéria splnit minimálně bodovým ohodnocením dvou bodů, jinak – pokud je v určené lhůtě nesplní - by mu mohla být odňata registrace.

²⁴ Srov. MATOUŠEK O. a kol. *Sociální služby*. Str. 351 – 364.

²⁵ Srov. *Vyhl. 505/2006 Sb. k provedení zákona o sociálních službách*.

²⁶ Tamtéž. § 1, § 2. Příloha č. 1.

²⁷ Tamtéž. § 37.

²⁸ Tamtéž. § 38.

1.3.4 Obsah standardů kvality sociálních služeb

Místo původních sedmnácti standardů uvedených již v kapitole 1.3.1, které zveřejnil první materiál, vydaný MPSV v roce 2001 a pozdějších dotiscích,²⁹ se kterými sociální zařízení pracovala, vyhláška 505/2006 Sb. zestručňuje počet standardů na patnáct. Některým standardům upravuje názvy, některé vypouští zcela.³⁰

Procedurální standardy:

- ▶ Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb
- ▶ Ochrana práv osob
- ▶ Jednání se zájemcem o sociální službu
- ▶ Smlouva o poskytování sociální služby
- ▶ Individuální plánování průběhu sociální služby
- ▶ Dokumentace o poskytování sociální služby
- ▶ Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby
- ▶ Návaznost na další dostupné zdroje

Personální standardy:

- ▶ Personální a organizační zajištění sociální služby
- ▶ Profesionální rozvoj zaměstnanců

Provozní standardy:

- ▶ Místní a časová dostupnost poskytované služby
- ▶ Informovanost o poskytované službě
- ▶ Prostředí a podmínky
- ▶ Nouzové a havarijní situace

²⁹ Srov. *Standardy kvality sociálních služeb*. Praha: MPSV, 2001.

³⁰ Srov. *Vyhl. 505/2006 Sb. k provedení zákona o sociálních službách*. Příloha č. 2.

► Zvyšování kvality sociální služby³¹

Díky těmto úpravám došlo k určitému zjednodušení a zpřehlednění standardů, již se zde nevyskytují tak četné duplicity v kritériích, řada standardů však obsahuje více požadavků. Z vlastní zkušenosti mohu podotknout, že některá kritéria vnímám jako poměrně tvrdě a nekompromisně nastavená. Z hlediska poskytovatelů je nyní značně náročné praktické dořešení kritérií (jedná se zejména o úpravy interiérů). Zároveň je reálný předpoklad, že dojde k velkému posunu v kvalitě poskytování - a to jak v prostředí, tak v přímém jednání s uživateli. Jednotlivá kritéria standardů jsou uvedeny v příloze V.

2 ZAVÁDĚNÍ STANDARDŮ KVALITY DO PRAXE V DSJ

2.1 Cíle a metodika zavádění standardů kvality

Zavedení standardů kvality se podle výše uvedených zákonných norem stalo pro DSJ nutností. Při jejich zavádění jsme si vytkli 3 základní cíle:

1. Zavedení standardů kvality se nesmí stát pouhou sbírkou administrativních rutin, ale musí přispět ke **zvýšení skutečné kvality** péče tak, jak ji vnímá klient.
2. Zavedení standardů kvality nesmí být jednorázovou akcí, která sice skokově zlepší stav a ten bude dále udržován, ale musí se stát základem **trvalého zlepšování** našich služeb.
3. Oba předchozí cíle musí být splněny, aniž dojde k neúměrnému zvýšení administrativní zátěže.

³¹ Srov. Vyhl. 505/2006 Sb. k provedení zákona o sociálních službách. Příloha č. 2

Zvolená metodika

Pro splnění těchto cílů jsme při zavádění standardů kvality využili řadu zkušeností ze zavádění systémů řízení jakosti v komerční sféře. Přitom jsme využili dobrou praxi, která se zde osvědčila při zavádění standardů kvality podle ISO 9001³², modelů excelence EFQM³³, modelů zralosti CMM³⁴ a manažerské disciplíny BPM.³⁵ Přitom jsme stále přihlíželi ke specifikám daným tím, že jde o služby, a to služby sociální (viz příloha I).

2.2 Zahájení prací

Při otevírání DSJ v roce 2003 již byly první standardy MPSV vydány, ale nově vytvořený tým vedení s nimi ještě neměl žádné zkušenosti. První organizační dokumenty se tvořily navyklym způsobem z dřívější doby. Podle vzorů z jiných podobných zařízení se sestavila Žádost o umístění do Domova, Smlouva o umístění v Domově, Domovní řád, Provozní řád. Na úseku přímé péče se zavedla jednotná zdravotně-sociální dokumentace. Používaly se formuláře pro zjišťování fyziologických funkcí, pro bilanci tekutin, ověřování tělesných a mentálních schopností klientů (Barthelův test, Mini mental test – MMS). Byly stanoveny jednoduché harmonogramy práce, které zahrnovaly činnosti jak zdravotních sester, tak pečovatelek dohromady. Pro základní činnosti byly zpracovány bodové postupy. Provoz kuchyně spadal pod šéfkuchaře, pracovalo se podle schváleného provozního řádu. Provoz úklidu byl nakupován od úklidové firmy. Údržba Domova byla prováděna správcem budovy – bez další koordinace. Organizační diagram byl rozčleněn tak, že pod vedoucí DSJ spadal přímo vedoucí provozu, správce budovy, vrchní sestra, psychoterapeut, ergoterapeut a sociální pracovník.

³² ČSN EN ISO 9001:2001.

³³ Model excelence EFQM na základě přístupu TQM (Total Quality Management)

³⁴ *Capability Maturity Model*. Model pro posuzování zralosti řízení.

³⁵ *Business Process Management*. Manažerská disciplína zaměřená na řízení uceleného životního cyklu podnikání podle zásad procesního řízení.

Z těchto pracovníků byla utvořena pracovní skupina pro tvorbu standardů. Byl jim předán tiskový materiál standardů MPSV a stanovil se termín pravidelných týdenních setkávání. Při těchto poradách se řešily jak problémy provozní, tak se vyvíjelo úsilí pracovat na tvorbě standardů. Vše bylo velice těžkopádné, neboť provozní záležitosti často zabraly mnoho času a standardizace byla stále častěji odsouvána do pozadí. Zároveň členové týmu pociťovali nedostatek zkušeností s touto oblastí. Proto se pracovníci Domova zúčastnili několika vzdělávacích seminářů, které byly velikým přínosem. Zároveň se na tvorbě standardů začalo pracovat na úrovni diecézního zdravotně-sociálního kolegia, kde se měsíčně setkávají zástupci charitních zařízení z diecéze. Setkání kolegia měla formu určité týmové supervize, neboť každé zařízení zde prezentovalo své vytvořené standardy a zároveň přijímalo kritické připomínky od ostatních. Tímto způsobem bylo postupně „odpřipomínkováno“ všech původních 17 sociálních standardů.³⁶ Neznamená to ovšem, že celá diecéze měla ve svých zřízeních stejné standardy, protože každý provoz má svá specifika. Přeci jen to ale byla určitá „pojistka“, že se na žádnou důležitou položku nezapomnělo.

Při vytváření standardů se zároveň zapisovaly poznámky, jaké dokumenty je třeba dopracovat (vnitřní předpisy, metodické pokyny, formuláře apod.). V polovině roku 2006 byly standardy a vnitřní předpisy v první verzi dokončeny. V té době vyšel Zákon 108/2006 Sb. O sociální pomoci³⁷, ve kterém bylo mnoho nových změn. Proto bylo třeba provést revizi a dopracování. V té době se již tým rychleji orientoval ve standardizaci.

2.3 Vytvoření řízené dokumentace

2.3.1 Původní systém dokumentace

Pro systém přehledného zpracování standardů byla vytvořena základní tabulka, která obsahuje hlavičku s informacemi o čísle a názvu standardu, kým

³⁶ Srov. *Standardy kvality sociálních služeb*. Praha: MSPV, 2001.

³⁷ *Zákon č.108/2006 Sb. o sociálních službách*.

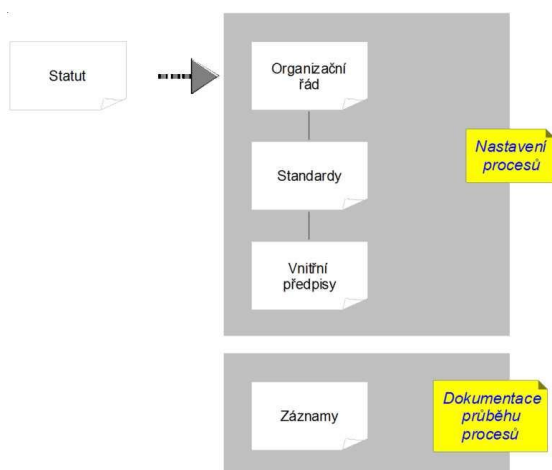
a kdy byl vytvořen, kdo ho schválil, datum revize a seznam příloh. Druhá tabulková část je rozdělena do tří sloupců. V prvním jsou uvedena jednotlivá kritéria (struktura standardu), ve druhém sloupci je popsáno, jak je kritérium v DSJ realizováno (proces) a ve třetím sloupci je uvedena možnost ověření (výsledek). Tato metoda se osvědčila, neboť je možná dobrá kontrola standardu. V souvislosti s vytvořením standardu byly dopisovány potřebné vnitřní předpisy, případně další formuláře a metodiky postupů. Vzhledem k přejmenování našeho Domova důchodců na Domov pro seniory, byly všechny nově vznikající dokumenty označeny novým logem Domova, na jehož realizaci se podílel jeden z obyvatelů Domova, který je výtvarně činný.

Počet dokumentů a jejich vzájemných souvislostí však narůstal a přestával být udržitelný s přiměřenými administrativními nároky. Proto jsme na počátku roku 2008 přistoupili k jeho zásadní revizi. Přitom jsme využili logiku struktury dokumentace podle normy ISO 9001:2001 (viz příloha VI).

2.3.2 Systém řízení dokumentace

V DSJ jsme definovali systém managementu jakosti ve shodě s požadavky jak standardů kvality, tak požadavků ISO 9001. Dokumentace nyní zahrnuje 1.) Organizační řád, který plní úlohu příručky, 2.) požadavky a způsob jejich naplňování (Standardy), 3.) dokumentované procesy požadované těmito standardy (Vnitřní předpisy) a 4.) Záznamy vyžadované obecně platnými předpisy (oddělená zdravotní a sociální dokumentace), dokumenty, které DSJ potřebuje pro zajištění efektivního řízení svého provozu, a záznamy požadované touto mezinárodní normou (záznamy).

Obrázek 1: Struktura řízené dokumentace³⁸



Zdroj: Organizační řád DSJ

Obrázek zachycuje naši strukturu řízené dokumentace, která je tvořena hierarchicky ve 4 úrovních:

- ▶ **Organizační řád (OR)** - představuje vrcholový dokument organizace a kromě náležitostí ve smyslu ISO 9000:2000 obsahuje z hlediska procesního řízení strukturu procesů (viz příloha VII). Je základním dokumentem našeho systému managementu jakosti, který je nadřazený všem ostatním dokumentům vztahujícím se k tomuto systému. Stanovuje rámcové požadavky s odvolávkami na další dokumenty vedené v nižších úrovních systému řízení dokumentace.
- ▶ **Standardy³⁹** - obsahují definovanou úroveň služeb.
- ▶ **Vnitřní předpisy⁴⁰** - metodiky a návody, jak provádět jednotlivé činnosti, manuály k obsluze, šablony a vzory dokumentů ap.
- ▶ **Záznamy** - obsahují zdokumentování konkrétních klíčových informací.

DSJ má stanoveny postupy pro řízení jak interní tak i externí dokumentace. Postupy obsahují pravidla platná pro schvalování, přezkoumání, zajištění identifikace změn, stavu revizí, zajištění dostupnosti, čitelnosti a identifikace dokumentů a pro jejich archivaci.

³⁸ Zdroj: Organizační řád DSJ.

³⁹ Srov. Standardy DSJ.

⁴⁰ Srov. Vnitřní předpisy DSJ.

Vedení v pravidelných intervalech, nejméně jedenkrát ročně, provádí přezkoumávání systému managementu jakosti. Ostatní pracovníci mají povinnost sdělovat a připravovat podklady pro přezkoumávání z oblasti, za kterou mají odpovědnost. V rámci tohoto přezkoumání je provedena analýza předložených informací a jsou formulovány závěry a opatření.

2.3.3 Technické zajištění řízené dokumentace

Udržování dokumentace v jednotlivých souborech a v papírové formě bylo nejen velmi pracné, ale nespĺňovalo požadavky na trvalou dostupnost aktuální verze řízeného dokumentu a udržení celkové konzistence.

Proto zároveň s přechodem na systém řízené dokumentace bylo zvoleno zcela jiné technické řešení – umístění všech dokumentů na intranetu v jednotném redakčním systému. Bylo zvoleno řešení Blogger firmy Google z těchto důvodů:

- ▶ celý systém je zdarma pro neziskové organizace, systém je výkonný, běží celý jako služba, je bežešvě propojitelný na existující webové stránky Charity a další otevřené i interní zdroje, je otevřený pro využití doplňků a rozšíření jak vlastních, tak třetích stran,
- ▶ systém umožňuje správu přístupových práv na úrovni administrátorů, autorů a redaktorů a jednotlivých čtenářů, přitom využívá otevřeného systému autentizace open-ID, má možnost komentování předpisů,
- ▶ systém má integrovánu možnost klasifikace jednotlivých dokumentů do více témat, obsahuje fulltextové vyhledávání, je možno libovolně připojovat externí dokumenty,
- ▶ podle potřeby je možné využít systém DOCS, který obsahuje velmi kvalitní textový editor, tabulkový editor a prezentační program – tyto programy jsou zdarma, plně podporují týmovou práci přes web a do budoucna mohou nahradit drahé licencované programy MS-Office,
- ▶ je možné využít dalších nástrojů pro podporu sociálních sítí, jako g-talk (komunikace on-line včetně možnosti konferencí), skupin atd.

Převedení dokumentů (původně v MS-Word) bylo provedeno dávkově tak, že celý nový systém byl spuštěn před zahájením preauditů.

Řízená dokumentace je tak nyní kompletně dostupná na jediné webové adrese.⁴¹ Ukázka je uvedena v příloze VIII.

2.4 Změna procesů

Druhou fází, která probíhala zároveň s fází vytváření dokumentace, bylo předávání standardů do provozu a jejich ověřování. To byla fáze nejnáročnější. Standard byl na úseku přímé péče vždy prezentován při měsíční poradě ošetřovatelského úseku. Pracovníci se však přes veškeré vysvětlování chovali k těmto materiálům velmi rezervovaně. Více méně jej brali jako „nutné zlo“, nikoliv jako usnadnění nebo pomoc v práci.

2.4.1 Individualizace služby

Nejdůležitější změnu přineslo zavedení standardu č. 5 – Plánování a průběh sociální služby.⁴² Pracovníky bylo třeba seznámit s tím, co jsou to individuální plány a naučit je s nimi pracovat. Zároveň se připravili na skutečnost, že budou tzv. „klíčovými pracovníky“. Vzhledem k dost negativnímu postoji pracovníků jsme stanovili cestu „malých kroků“. Nejprve jsme zadali pracovníkům v přímé péči – pečovatelkám „jejich“ klienty. Na každého pracovníka vyšlo přibližně 5 klientů. V první fázi se klientům vůbec nic o klíčových pracovnících nesdělovalo. Pracovníci měli za úkol si pozorně přidělených klientů všimnout a zapisovat pozorování. Tato fáze trvala půl roku. Při měsíčních poradách byla pozorování vyhodnocována. Bohužel se orientovala především na registraci negativních vlastností klientů. Úkolem sociálního pracovníka a vrchní sestry bylo především ukazovat pečovatelkám možnosti pozorování.

⁴¹ Viz WWW: < <http://dsj-plzen.blogspot.com> >

⁴² Srov. Vyhl. 505/2006 Sb. k provedení zákona o sociálních službách. Příloha č. 2.

Ve druhé fázi se měly pečovatelky představit „svým“ klientům. Klienti o tom byli nejprve informováni na měsíčním setkání vedení DSJ s klienty o individuálním plánování. Poté další půlrok začali pracovníci s individuálními pohovory. Měli za úkol především objevovat klientova přání. Tím, že museli nechávat své pohovory podepisovat, začaly se zápisy velmi proměňovat. Už se nevyskytovala negativní hodnocení, ale opravdu se monitorovala přání. Na tyto zápisy reagoval sociální pracovník, který tvořil plán, jak zmíněných cílů dosáhnout. Po měsíci se opět provedla revize – zda byly cíle naplněny. Po několika měsících si některé pečovatelky samy požádaly, že by chtěly kromě monitoringu přání také plánovat, jak cíle dosáhnout. To byl veliký úspěch v posunu myšlení pracovníků.

2.4.2 Organizační změny

Dalším velkým „otřesem“ pro tým vedení byla změna v souvislosti se standardem č. 9 – Personální zajištění služby.⁴³ Při revizi organizačního schématu jednoznačně vyplynula nutnost zjednodušení komunikace mezi nadřízenými a podřízenými. Proto byli pracovníci DSJ rozděleni pouze do dvou úseků – provozního (kuchyně, úklid, prádelna) a přímé péče (pečovatelky = pracovníci přímé sociální péče, zdravotní sestry, psychoterapeut, ergoterapeut, sociální pracovník).

Přineslo to s sebou hodně diskuzí a především byla nutná podpora supervize.⁴⁴ Během měsíce se podařilo nový systém řízení přetransformovat, změnit náplně práce a uvést v činnost. Současná řídicí struktura DSJ je uvedena v příloze IX.

2.4.3 Vedení zdravotní a sociální dokumentace

Podstatnou změnou bylo striktní oddělení dokumentace zdravotní a sociální, neboť od dubna 2007 vstoupila v platnost nová vyhláška o zdravotní

⁴³ Srov. *Vyhl. 505/2006 Sb. k provedení zákona o sociálních službách*. Příloha č. 2.

⁴⁴ Viz tamtéž. Příloha č. IV.

dokumentaci.⁴⁵ V návaznosti na toto oddělení dokumentace byly vypracovány vnitřní předpisy, které určují, co obsahuje dokumentace zdravotní a co obsahuje dokumentace sociální a kdo smí do které dokumentace vstupovat. Byla posílena kompetence vedoucí sestry směny, která má ve směně manažerské kompetence. V souvislosti s rozšířením sociální dokumentace se projevil zvýšené nároky na administrativní prostory DSJ, na což bylo třeba reagovat úpravou (oddělení dokumentační místnosti od ošetrovny).

2.4.4 Změna myšlení lidí

Ostatní změny se dařilo implementovat bez větších potíží, náročnost se týkala zejména časového zatížení. Zavádění standardů přineslo především posun ve změně myšlení pracovníků ve vztahu ke klientům. S procesem zavádění jsme si začali uvědomovat přeci jen své „ústavní myšlení“, které se projevuje přesvědčením, že pracovníci mají vždycky pravdu a klienti „musí“ poslouchat náš diktát.

Standardy však učí naprostému opaku. Velice **posilují rozhodovací roli klienta**, jeho právo na určování stylu života i v pobytovém zařízení. Je to bezesporu náročnější způsob práce, ale nevede ke stereotypům, nutí pracovníky k přemýšlení a kreativitě. Z toho vyplývá i vlastní touha pracovníků k dalšímu vzdělání a tím zároveň klesá riziko syndromu vyhoření.

3 OVĚŘENÍ ÚČINNOSTI STANDARDŮ KVALITY

3.1 Interní audit

První otázkou, která vyplynula již při zavádění standardizace do praxe, bylo, zda se tento nový systém nějak projeví na **kvalitě** poskytované služby. Další otázkou byla polemika, zda systém přináší **časovou úsporu** nebo naopak. Třetí

⁴⁵ Vyhláška MZ ČR č. 64/2007 Sb.

nejčastější otázkou byla nejistota, zda bude zavedená standardizace **splňovat požadavky** inspektorů kvality MPSV.

Abychom nemuseli v nejistotě čekat na konečný verdikt inspektorů, rozhodli jsme se po zvážení možností ověření pro provedení interního auditu. Tato metoda se jeví jako nejblíže podobná tomu, jak bude postupovat inspekce. Interní audit je navíc bezpečný, to znamená, že ze zjištěných údajů nebudou vyvozovány negativní důsledky a postihy. Naopak zjištěné údaje jsou využity pro další zkvalitnění fungování organizace.

3.1.1 Testy

Ověřování kvality dotazníkovou metodou kladlo nárok na vytvoření dotazníků před začátkem auditu. Rozhodli jsme se, že tyto dotazníky budou v pravidelných termínech (půlročních) opakovaně kvalitu poskytovaných služeb ověřovat. V minulosti fungovaly tzv. Dotazníky spokojenosti. Spokojenost není ovšem snadno měřitelnou veličinou. Proto se nové dotazníky zaměřily na kvalitu práce na jednotlivých úsecích – tedy úseku přímé péče (práce a kvalita poskytované péče zdravotních sester a pečovatelek) a na úseku provozním (kvalita stravy, kvalita prádelny, kvalita úklidu). Pro ostatní sledované položky byly vytvořeny jednoduché tabulky.

Výsledky testů jsou zde použity pro ověření přínosů zavedení standardů kvality, jak je popsáno v rámci definování desatera dobré praxe.

3.1.2 Preaudit

Problematika interního auditu je velmi rozsáhlá a vyžaduje řadu zkušeností. Je uvedena v příloze X.

Abychom se naučili, jak interní audit připravit, provádět a využívat, proběhl v březnu 2008 externě vedený preaudit. Ten měl značná omezení jak z hlediska dostatečnosti, tak z hlediska průkaznosti.

Společně s auditory byl nejprve stanoven cíl auditu - Poskytnout přiměřené ujištění o shodě prováděných procesů s řízenou dokumentací. Přitom

byl audit primárně zaměřen na hlavní procesy a na dodržení standardů kvality, které byly pojaty jako kontrolní body, na kterých byla zjišťována shoda.

Následně byl zpracován Plán auditu (viz příloha XI), který zahrnoval 50 kontrolních položek.

Průběh auditu

Audit probíhal většinou formou kontroly záznamů a řízenými pohovory s přizvanými pracovníky a klienty, částečně pozorováním na místě.

Hlavní proces byl kompletně prověřen na jedné instanci – vybraném klientu. Řídící a podpůrné procesy pak ověřením znalostí u vybraných pracovníků.

Výsledky auditu

Omezení validity zjištění je dáno krátkým časovým obdobím, závěry auditu však popisují takové neshody, které jsou zcela bezpečné, nikoliv náhodné a mají převážně systémový ráz.

Výsledky auditu jsou uvedeny v příloze XII.

Nápravná opatření

Na základě výsledků auditu byla definována nápravná opatření uvedená v příloze XIII.

3.1.3 Výsledky ověření

Přestože výsledky preauditů nebyly zcela příznivé, umožnily soustředit pozornost na zjištěné kritické nedostatky a zahájit systémové změny, které povedou k jejich odstranění. Jde zejména o způsob vedení zdravotnické dokumentace a stanovování osobních cílů klientů.

Současně přinesly zjištění, že řada požadavků, které jsou opakovaně a dlouhodobě s pracovníky probírány a školeny, není natolik samozřejmou, aby bylo možné se spolehnout na jejich dodržení (postup při rizicích, mlčenlivost, práce se stížnostmi).

Přizvaní pracovníci reagovali na dotazy auditora často velmi vystresovaně. Je tedy třeba pracovat i na tom, aby pracovníci začali nezávislou kontrolu své práce považovat za běžnou rutinu a v případě inspekce kvality byli schopni reagovat adekvátně a zodpovědně.

3.2 Inspekce kvality

Inspekce kvality již proběhly i v různých charitních zařízeních, především na Moravě. Dle informací z „Republikového kolegia domovů pro seniory Charity ČR“ v březnu tohoto roku, kterého se účastní diecézní koordinátoři pro pobytová zařízení (zastupují Plzeňskou diecézi), nebyla zatím tato zařízení zcela úspěšná, často i v zásadních kritériích.

Inspekce se potýkají s následujícími obtížemi:

- ▶ přes masivní školení se zatím projevuje nedostatek vycvičených a zkušených auditorů, neboť inspekce se rozbíhají poměrně pomalu,
- ▶ existuje mnoho mýtů, že auditoři postupují spíše formalisticky než s ohledem na účel, inspekce tak ztrácí charakter impulsu ke zlepšení.

Provozovatelé zařízení tak očekávají inspekce jakosti s obavami, mají snahu zajistit zejména formální náležitosti, které standardy požadují, vytrácí se základní smysl standardů jakosti – zacílení služby na klienta a její spolehlivé poskytování.

Inspekce kvality je přes uvedené výhrady nutné považovat nikoliv za nutné zlo, ale za příležitost.

Hrozba ztráty licence (registrace) je natolik zásadní, že může aktivizovat i jinak velmi lhostejné pracovníky a přinutit je, aby požadavky standardů nejen prostudovali, ale především dodržovali v každodenní rutině.

3.3 Průběžné zlepšování

Jak interní audity, tak inspekce kvality jsou pouze vnějším a pomocným prvkem v systému řízení jakosti. Dlouhodobá prosperita provozovatele i jeho

klientů je závislá na tom, nakolik bude zařízení schopno trvale – a tedy průběžně zlepšovat svou činnost – procesy.⁴⁶

Průběžné zlepšování DSJ je založeno na jednoduché zásadě, která se musí stát běžnou součástí praxe – každý den každý pracovník musí udělat něco lépe, než to dělal dříve. Tedy zabránit stereotypu a rutině, která vede ke stagnaci a nenápadnému, ale jistému zhoršování služby.

3.4 Výsledky zavedení standardů kvality

3.4.1 Techniky výzkumu

Měřitelné přínosy zavedení standardů kvality představuje především zlepšení kvality poskytované péče, jak ji hodnotí sami senioři.

Vhodným způsobem zjištění, zda po zavedení standardů došlo k prokazatelnému zlepšení péče, se nám jevila kombinace kvantitativního a kvalitativního výzkumu na co nejširším vzorku klientů i zaměstnanců a v období před a po zavedení standardů. Na stranu druhou je třeba zjistit, zda zavedením standardů kvality se zvýšila pracnost a zda došlo ke zvýšení nákladů na školení.

Pro kvantitativní výzkum byl využit anonymní dotazník pro zaměstnance (viz příloha XIV). Pro dotazník byl zvolen náhodně vybraný vzorek 10 pracovníků. Výzkum byl proveden v březnu 2008, tedy po zavedení všech standardů do praxe.

Pro kvalitativní výzkum u klientů byla využita technika strukturovaného rozhovoru, kdy byla položena respondentu otázka a ten na ni volně odpovídal, odpověď byla kódována (viz příloha XV). Kvalitativní výzkum byl proveden v červnu 2007 a opakovaně v březnu 2008, u 7 náhodně zvolených klientů shodných pro první i druhé šetření.

Pro zjištění informací pro oblast nákladů spojených se vzděláním byl proveden cílený sběr dat.

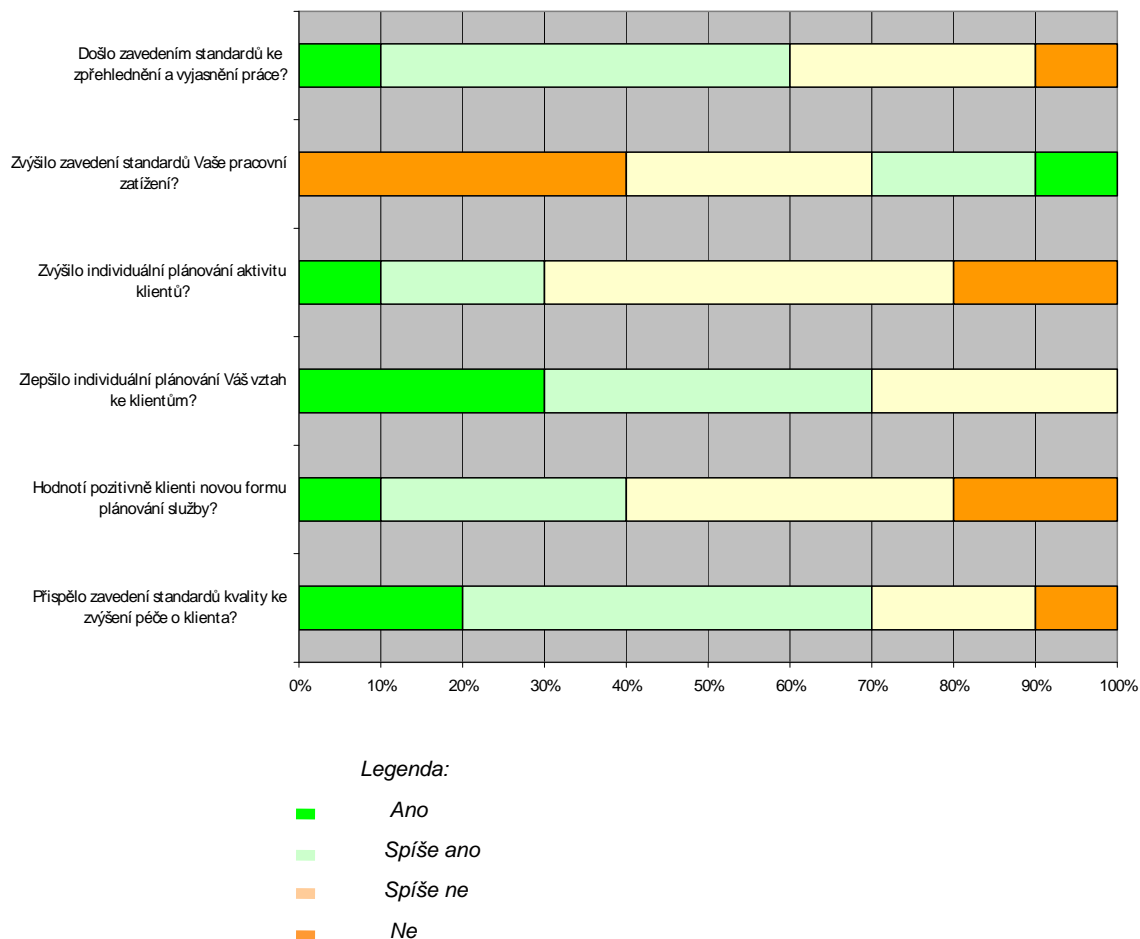
⁴⁶ Srov. *BPM portál*. Dostupné na WWW: < <http://www.procesy.cz> >

Výsledky výzkumu jsou uvedeny v příloze XVI.

3.4.2 Přínosy – pohled zaměstnanců

Pohled zaměstnanců na zavedení standardů je velmi nejednoznačný, jak je patrné z následujícího grafu:

Graf 1: Hodnocení zavedení standardů kvality zaměstnanci⁴⁷



Graf zobrazuje, jak ovlivnilo zavedení standardů kvality jednotlivé dimenze služby. Pozitivně zaměstnanci hodnotí zejména to, že došlo ke zlepšení péče o klienta a částečně i k vyjasnění práce, bohužel současně vnímají zavedení standardů i jako zvýšení své pracovní zátěže.

Zdroj: Vlastní výzkum

Zavedení standardů totiž skutečně mění vzájemný vztah klienta a zaměstnance a současně vyžaduje od pracovníků znalost a striktní dodržování řady požadavků. Zejména ošetrovatelský personál si jen obtížně zvyká na to, že je jeho práce sledována a kontrolována a při zjištění odchylek od standardů mu hrozí

⁴⁷ Srov. Příloha XVI, Tabulka č. 4. Str. 80. Zdroj: Vlastní výzkum.

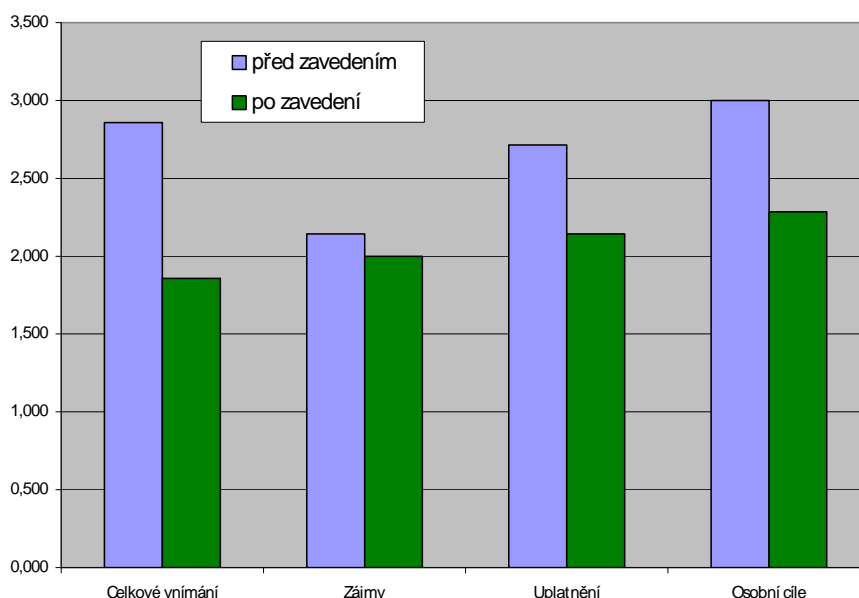
i pracovně-právní postihy. Výsledky průzkumu odpovídají i empirickým zjištěním jiným pozorováním, že 20 % ošetřovatelského personálu je odpovědno za 80 % zjišťovaných nedostatků.⁴⁸

Ale i ostatní pracovníci nelibě nesou některé administrativní požadavky spojené se standardy. Při jejich zavádění je tedy třeba předem velmi dobře promyslet a vytvořit takový systém, který by takovéto požadavky přímo nespojené se službou a vztahy s klienty co nejvíce ulehčil a případně automatizoval.

3.4.3 Přínosy – pohled klientů

Oproti zaměstnancům je pohled klientů na zavedení standardů zatím **jednoznačně pozitivní** – výsledky šetření dokazují, že posílení vazby klient – klíčový pracovník a pozitivní přístup k plánování osobních cílů vede k aktivizaci klientů i vyšší míře jejich sebeuplatnění. Výsledky jsou patrné z následujícího grafu:

Graf 2: Hodnocení zavedení standardů kvality seniory⁴⁹



⁴⁸ Zdroj: Zápisy z pracovních porad DSJ.

⁴⁹ Podíl známkového ohodnocení uživateli a počtu hodnocených uživatelů = průměrná známka hodnocení – viz. Příloha XVI. Tabulka č. 4. Str. 80. Zdroj: Vlastní výzkum.

Graf uvádí průměrnou „známku“ pro jednotlivé dimenze hodnocení (celkové vnímání služby, představa o osobních zájmech a koníčcích, možnost jejich uplatnění v DSJ a konkrétní osobní cíle) před a po zavedení standardů. Podstatné je, že došlo ke zlepšení ve všech sledovaných oblastech i v celkovém vnímání služby.

Zdroj: Vlastní výzkum

Takto zjištěné výsledky nebyly dosud verifikovány žádnou další metodou ani očištěny od možných dalších vlivů, takže je třeba k nim přistupovat pouze jako k orientačním.

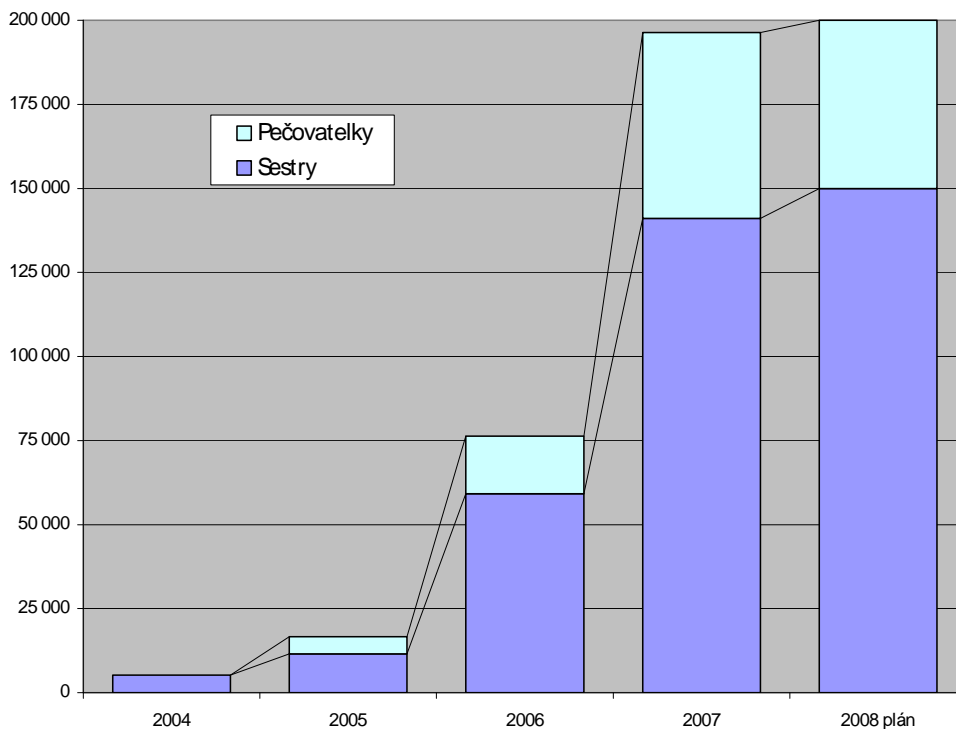
Osobně se domnívám, že zlepšené vnímání služby klienty je důsledkem zavedení především jednoho prvku standardů – osobních pravidelných pohovorů klíčových pracovníků s klienty.

Vnímání služby klienty budeme nadále průběžně sledovat, vyhodnocovat a podle výsledků trvale přizpůsobovat poskytování služby.

3.4.4 Náklady na vzdělávání pracovníků

Zvýšené a často velmi specifické požadavky standardů na znalosti pracovníků mají samozřejmě dopad do zvyšujících se nákladů na jejich vzdělávání. Z grafu je patrný prudký (téměř trojnásobný) meziroční nárůst nákladů na vzdělávání mezi lety 2006 a 2007.

Graf 3: Vývoj nákladů na vzdělávání⁵⁰



Graf uvádí souhrn nákladů na interní i externí vzdělání zvlášť pro sestry a pro ošetrovatelky v jednotlivých letech. Je z něj patrný skokový nárůst nákladů v roce 2007.

Zdroj: Vlastní výzkum

U zvýšených nákladů na vzdělání nejde samozřejmě pouze o vliv zavádění standardů kvality, ale o celou řadu dalších faktorů, které si vyžádaly vyšší investici do znalostí pracovníků.

Je však jasné, že takto zvýšené náklady již zcela jistě nejen nepoklesnou a bude třeba s nimi trvale při plánování služby počítat, ale spíše lze očekávat jejich další, i když mírnější nárůst. Tyto náklady jsou však pro DSJ nejlepší investicí se sice dlouhodobou, ale spolehlivou návratností v kvalitě i nových dimenzích poskytované služby.

⁵⁰ Srov. Příloha XVI. Tab. 5. Zdroj: Vlastní výzkum.

ZÁVĚR

Na závěr se pokusím nejprve zhodnotit, zda bylo dosavadní zavádění standardů kvality v DSJ úspěšné z hlediska cílů, které jsme si v začátcích standardizace kladli a jsou uvedeny v úvodu kapitoly 2.

Hodnocení cíle 1: Přispělo zavedení standardů ke zvýšení kvality péče?

Výsledky prvního realizovaného průzkumu⁵¹ napovídají, že se tento cíl naplnit podařilo. Soustředěná pozornost na možné další oblasti osobního rozvoje dává klientům naději, že jejich život má ještě smysl a perspektivu. Tato pozornost však musí být budována především na bázi osobního vztahu klíčového pracovníka s klientem a účinnost je přímo úměrná osobním kvalitám a nasazení tohoto pracovníka.

Hodnocení cíle 2: Vede zavedení standardů k trvalému zlepšování služeb?

Tento cíl nelze dosud vyhodnotit. Zavádění standardů však zatím u pracovníků vede k posilování povědomí, že kvalita jejich práce je trvale sledována a může být kdykoliv podrobena velmi přísnému posouzení zvenčí. Dosud však u většiny zejména ošetrovatelského personálu chybí prvky „pozitivní motivace“ – osobní chuť věci měnit k lepšímu. Proto naplňování 2. cíle je základní prioritou pro další připravované změny v systému řízení DSJ.

Hodnocení cíle 3: Nezvýšilo zavedení standardů administrativní zátěž?

Zavádění jakýchkoliv standardů nutně zvýší administrativní zátěž, která je vyvolána nutností dokumentace jejich uplatňování a naplňování. Proto je potřebné tuto zvýšenou zátěž alespoň zčásti kompenzovat vhodným informačním systémem, což se v našem případě poměrně zdařilo, jak svědčí i poměrně málo kritické hodnocení ze strany pracovníků.⁵²

Základní omezení komplexní využitelnosti této práce je dáno tím, že zahrnuje zkušenosti získané na jediném dosud ještě nedokončeném projektu

⁵¹ Viz Kap. 3.4.3 Přínosy – pohled klientů.

⁵² Viz Kap. 3.4.2 Přínosy – pohled zaměstnanců.

a v jediném typu zařízení. Místo zobecňování, které by nebylo dostatečně podloženo širokou zkušeností, shrnu raději poznatky ze zavádění standardů do jakéhosi **desatera dobré praxe (best practices)**, které může sloužit pro ostatní provozovatele obdobných zařízení jako kontrolní seznam i inspirace:

- 1. Kvalita služby je přímo závislá na míře interakce s klientem.**
- 2. Vztah pracovníka a klienta musí být osobní a rovnoprávný.**
- 3. Jádro standardů kvality leží v aktivizaci klienta.**
- 4. Svoboda a vyšší aktivita klienta je možná jen za cenu vyššího a osobního nasazení pracovníků a změny jejich navyklých přístupů.**
- 5. Kvalita je rozměrem jakékoliv naší práce, ne pouhým souborem jejích měřitelných atributů. Je imperativem, ne stavem.**
- 6. Jakékoliv ustrnutí na výsledcích vede k jejich znehodnocování. Každý den každý z nás dokáže zlepšit alespoň maličkost.**
- 7. Administrativní zátěž spojená se zaváděním standardů kvality může být výrazně snížena využitím osvědčené praxe řízení kvality v jiných odvětvích.**
- 8. I zdánlivě pouze formální nedostatky jsou nekvalitou a je třeba je odstranit.**
- 9. Všichni pracovníci si musí zvyknout nejen důsledně dodržovat stanovené principy, ale i na inspekci své práce a svých znalostí.**
- 10. Řád a svoboda se nevyklučují, pokud jsou obě tyto hodnoty rozvíjeny v prostředí lásky.**

Závěrem si dovoluji vyjádřit své osobní stanovisko k zavádění standardů kvality. Stanovení standardů kvality pro sociální služby bylo nezbytným krokem, pokud mělo být plošně dosaženo jejich určité nezbytné úrovně. Tvůrci standardů však přitom bohužel pominuli rozsáhlou globální a dobře dostupnou zkušenost, které dosáhla při řízení kvality komerční sféra a šli cestou proprietárních přístupů.

Negativní důsledky pro praxi jsou dvojí:

1. Definované standardy nejsou dostatečně jednoznačné – jejich splnění nelze vyhodnotit jinak, než auditními přístupy, což v důsledku vyžaduje nejen rozsáhlou přípravu inspektorů, ale i sdílení jejich praktických zkušeností

a tvorbu precedentů či případových studií. A to dnes není zajištěno. Výsledkem jsou inspekce kvality, které se soustřeďují více na formální stránku věci než na smysl a tím demotivují poskytovatele služeb.

2. Splnění současných standardů kvality není současně dostatečným východiskem pro získání dalších certifikátů kvality (např. ISO 9001), protože požadavky kvality podle těchto rámců jsou nesourodé.⁵³ Standardy tedy nezakládají dobrou platformu pro trvalé zlepšování, které považují za nejdůležitější imperativ našich služeb.

Tolik připomínka systémová. Z hlediska praxe nemusí být zavádění standardů frustrující, pokud budeme schopni důsledně uplatňovat jejich smysl, nejen literu. Podle litery však bohužel budeme zřejmě ještě nějakou dobu posuzování a proto považují za nezbytné předem ověřit její splnění.⁵⁴

Ze souhrnu výše uvedených poznatků popsaných závěru této práce vyplývá, že cíle vytýčené v úvodu práce (**popis postupu zavádění standardů, stanovení metod ověření, provedení konkrétní analýzy a konkrétní formulace souboru zásad jako „příklad dobré praxe“**) se podařilo komplexně naplnit. Dokumentovanou metodu „jak“ považují za hlavní přínos této práce.

Zejména však přeji všem vedoucím pracovníkům, kteří standardy kvality v oblasti sociálních služeb zavádějí, aby neutonuli ve formálních požadavcích těchto standardů, ale dokázali je využít jako hybatelů sebe a zaměstnanců ve prospěch svých klientů.

⁵³ Blíže viz Příloha VI.

⁵⁴ Blíže viz Kapitola 3 Ověření účinnosti standardů kvality.

Seznam literatury

- 1) *Auditorské směrnice*. Praha: Komora auditorů ČR, 2006.
- 2) ČERMÁKOVÁ K., JOHNNOVÁ M. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*. Praha: Fokus, 2002. ISBN 8086552454.
- 3) ČSN EN ISO 13485:2003 *Zdravotnické prostředky - Systémy managementu jakosti - Požadavky pro účely předpisů*. Český normalizační institut, 2003.
- 4) ČSN EN ISO 14001:2005 *Systémy environmentálního managementu - Požadavky s návrhem pro použití*. Český normalizační institut, 2005.
- 5) ČSN EN ISO 14004:2005 *Systémy environmentálního managementu - Všeobecná směrnice k zásadám, systémům a podpůrným metodám*. Český normalizační institut, 2005.
- 6) ČSN EN ISO 19011:2003 *Směrnice pro auditování systému managementu jakosti a/nebo systému environmentálního managementu*. Český normalizační institut, 2003.
- 7) ČSN EN ISO 9000:2006 *Systémy managementu kvality - Základní principy a slovník*. Český normalizační institut, 2006.
- 8) ČSN EN ISO 9001:2001. *Systémy managementu jakosti – Požadavky. Normy série ISO 9001 a jejich aplikace*. Český normalizační institut, 2001.
- 9) ČSN EN ISO 9004:2001 *Systémy managementu jakosti - Směrnice pro zlepšování výkonnosti*. Český normalizační institut, 2001.
- 10) JANKOVSKÝ J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 8072543296.
- 11) JOHNNOVÁ M. *Standardy kvality sociálních služeb*. Praha: MPSV, 2003. ISBN 8086552675.
- 12) KALVACH Z. a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2005. ISBN 8085876331.
- 13) Kolegium pracovníků rezidenčních služeb a zařízení pro seniory Arcidiecézní charity Olomouc a charit v Olomoucké arcidiecézi. *Postup při zřizování a realizaci zařízení: Charitní domov pro seniory*. Olomouc: Charita, 2006.
- 14) KOPŘIVA K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 1997. ISBN 8071781509.

- 15) KOUKLOVÁ S. *Ošetřovatelství. Historie ošetřovatelství*. Praha: 2007.
[cit. 2008-03-2]. Dostupné na WWW: < <http://vnl.xf.cz/ose/ose-historie.php> >
- 16) MASLOW A. *Hierarchie lidských potřeb*. Wikipedie, 2008. [cit. 2008-02-12].
Dostupné na WWW: < http://cs.wikipedia.org/wiki/Abraham_Maslow >
- 17) MATOUŠEK O. a kol. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2007.
ISBN 9788073673109.
- 18) MATOUŠEK O., NAVRÁTIL P. a kol. *Základy sociální práce*. Praha: Portál,
2001. ISBN 8071784737.
- 19) MATOUŠEK O. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003.
ISBN 8071785482.
- 20) MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. Praha: Slon, 1999. ISBN 8085850761.
- 21) MUNKOVÁ G. a kol. *Sociální politika v evropských zemích*. Praha:
Karolinum, 2005. ISBN 8024607808.
- 22) ROLLOVÁ J. *Supervize*. Praha: Pražská psychoterapeutická fakulta, 2001.
[cit. 2008-02-16]. Dostupné na WWW: < <http://www.viap.cz/ppf-zp-supervize.doc> >
- 23) ŘEZNÍČEK I. *Metody sociální práce*. Praha: SLON, 2000.
ISBN 8085850001.
- 24) *Standardy kvality sociálních služeb*. Praha: MSPV, 2001.
- 25) SÝKOROVÁ D., CHYTIL O. *Autonomie ve stáří: strategie jejího zachování*.
Ostrava: Ostravská univerzita, 2004. ISBN 8073260263.
- 26) ŠPIDLA V. *Standardy kvality sociálních služeb - Předmluva*. Praha: MSPV,
2001.
- 27) ÚLEHLA I. *Umění pomáhat*. Písek: Renaissance, 1996.
- 28) Vládní dokument *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003-
2007*. Praha: MPSV, 2005. [cit. 2008-02-9].
Dostupné na WWW: < <http://www.mpsv.cz/cs/1057> >
- 29) Vládní dokument *Národní program přípravy na stárnutí na období 2008 až
2012*. Praha: MPSV, 2008. [cit. 2008-03-12].
Dostupné na WWW: < <http://www.mpsv.cz/cs/5045> >

- 30) *Vyhl. 505/2006 Sb. k provedení zákona o sociálních službách.* [cit. 2008-02-12]. Dostupné na WWW: < <http://portal.gov.cz/wps/portal/s.155/701?number1=505%2F2006&number2=&name=&text> >
- 31) *Vyhláška MZ ČR č. 64/2007 Sb.* [cit. 2008-04-2]. Dostupné na WWW: <<http://www.infomed.cz/ps/article.php?arid=107>>
- 32) VEBER J. a kol. *Řízení jakosti a ochrana spotřebitele.* Praha: Grada, 2006. ISBN 9788024717821.
- 33) *Wikipedia.* Otevřená internetová encyklopedie. [cit. 2008-02-12]. Dostupné na WWW: < <http://en.wikipedia.org> >
- 34) *Zákon č.108/2006 Sb. o sociálních službách.* [cit. 2007-12-10]. Dostupné na WWW: < http://www.procesy.cz/dsj/zakon-108_2006.pdf >

Seznam obrázků, tabulek a grafů

Obrázek 1: Struktura řízené dokumentace	22
Obrázek 2: Logika řízení kvality.....	51
Obrázek 3: Požadavky ISO 9001 a požadavky standardů kvality	52
Obrázek 4: Procesy DSJ.....	56
Obrázek 5: Vazba standardů na procesy DSJ	57
Obrázek 6: Hlavní strana intranetu	58
Obrázek 7: Dokumentace standardů kvality	59
Obrázek 8: Popisy pracovních pozic.....	60
Obrázek 9: Organizační schéma DSJ.....	61

Graf 1: Hodnocení zavedení standardů kvality zaměstnanci	31
Graf 2: Hodnocení zavedení standardů kvality seniory	32
Graf 3: Vývoj nákladů na vzdělávání.....	34

Tabulka 1: Bodové a finanční ohodnocení.....	46
Tabulka 2: Požadavky standardů	49
Tabulka 3: Hodnocení zavedení standardů kvality zaměstnanci	79
Tabulka 4: Hodnocení zavedení standardů kvality klienty	79
Tabulka 5: Náklady na vzdělávání pracovníků.....	80

Seznam zkratk

DSJ	Domov pro seniory sv. Jiří v Plzni
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
QMS	System řízení jakosti
Vyhláška	Vyhl. 505/2006 Sb. k provedení zákona o sociálních službách
Zákon	Zákon č.108/2006 Sb. o sociálních službách

Seznam příloh

Příloha I: Specifika pobytových (rezidenčních) služeb

Příloha II: Stupně závislosti

Příloha III: Registrace zařízení

Příloha IV: Supervize

Příloha V: Požadavky standardů

Příloha VI: Dokumentace podle normy ISO 9001:2001

Příloha VII: Procesní struktura DSJ

Příloha VIII: Ukázka řízené dokumentace

Příloha IX: Organizační struktura DSJ

Příloha X: Metodika interního auditu

Příloha XI: Plán auditu

Příloha XII: Protokol o auditu

Příloha XIII: Nápravná opatření k auditu

Příloha XIV: Dotazník pro zaměstnance

Příloha XV: Strukturovaný pohovor

Příloha XVI: Výsledky výzkumu zavedení standardů kvality

Přílohy

I Specifika pobytových (rezidenčních) služeb

Specifika služeb

Jsou dána specifickými vlastnostmi služby.⁵⁵

- ▶ Klient často participuje na vytváření přidané hodnoty.
- ▶ Kvalita služby se přímo odvíjí od znalostí klienta, jeho schopnosti definovat své potřeby a službu absorbovat.
- ▶ Řada dimenzí služby závisí na intenzitě práce poskytovatele, míry interakce s klientem či počtu zapojených dodavatelů či stran.
- ▶ Služba je aplikací specifických kompetencí poskytovatele (znalostí a schopností).
- ▶ Služba je vytvářena a spotřebovávána ve stejnou dobu - nekonzumovaná služba je zničena, nelze ji skladovat, nelze ji inventarizovat.
- ▶ Kontrolu kvality služby nelze provést před její spotřebou.
- ▶ Personalizace služby je její přirozenou podstatou a jejím nezbytným rozměrem.
- ▶ Klient a poskytovatel služby sdílejí rizika spojená se službou.
- ▶ Klient spoléhá na pověst poskytovatele a vytváří s ním vztah důvěry, definice pravidel poskytování a úrovně služby – standardů její kvality, slouží pouze k ujištění o přijatelné kvalitě.

Odlišnosti v hodnotovém řetězci vytváření služeb proto mění některé zásady podnikání platné pro materiální produkty a při zavádění standardů kvality je nutné je respektovat.

⁵⁵ Specifiky služby a jejího vytváření se zabývá relativně nový multidisciplinární obor SSME (Service Sciences, Management, and Engineering).

Srov. např. WWW: < <http://ssme-cz.blogspot.com/> >

Specifika sociálních služeb jsou dostatečně popsána v odborné literatuře.⁵⁶

Z hlediska řízení kvality domova pro seniory jde navíc především o tyto dva aspekty:

- ▶ Klienti mají často omezené schopnosti definovat svá očekávání a potřeby.
- ▶ Zdravotní stav klientů se v průběhu poskytování služby mění a zásadně ovlivňuje druh poskytované služby.

Tato specifika dále zužují možnosti využít běžných postupů a nástrojů řízení kvality. Výběr účelných přístupů a jejich ověření v praxi tvoří jádro této práce.

V nových typech sociálních zařízení dle zákona jsou uvedena zřízení jak ambulantní, tak pobytová (rezidenční). V těchto dvou typech zařízení je velký rozdíl. Do ambulantních zařízení lidé docházejí, v pobytových jsou dočasně či trvale umístěni. Rytmus dne je zde určován předepsaným programem, podle kterého klienti vstávají, uklízejí, stravují se, pracují, odpočívají, vzdělávají se, účastní se léčebných procedur, sledují televizi a uléhají ke spánku. Pobytovým zařízením pro staré lidi je Domov pro seniory (dříve domov důchodců), případně Domov se zvláštním určením (dříve většinou ústav sociální péče).

Po přestěhování lidí do Domova je možno pozorovat typické úzkostné reakce, útlum chování, spavost, nechutenství, zhoršení zdravotních potíží, též zvýšenou frekvenci úmrtí, což vše ukazuje na náročnost adaptace. Člověk k pobytu svoluje tehdy, kdy už není schopen se sám o sebe postarat. Největší obtíží je ztráta vazeb na dřívější prostředí, na známé lidi, oslabení kontaktu s rodinou, omezené soukromí, dezorientace v novém prostředí, v nových vztazích k neznámým lidem.⁵⁷

⁵⁶ Srov. např. MATOUŠEK O. a kol. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2007.

⁵⁷ Srov. MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. Vyd.1. Praha: Slon, 1999.

Cíl rezidenční péče

Slovo efektivita má v různých typech zařízení různý význam. Zařízení, v nichž pobývají staří lidé, vážně psychicky nemocní či osoby těžce mentálně retardované, nemají pouze udržovat své klienty při životě, ale mají maximálně podporovat kvalitu klientova života. Klient se bude v Domově cítit dobře jen tehdy, umožní-li mu jeho režim smysluplnější trávení času, než jaké by ho čekalo, kdyby zde nebyl, tj. kdyby byl odkázán na péči svých příbuzných, případně kdyby žil sám. Bližší pohled na aktivitu v těchto zařízeních ukáže, že se v nich dělá to, co zavedli předchůdci nynějšího personálu, to co se dělá v jiných, podobných zařízeních a to, co personál umí dělat díky svému vzdělání a výcviku. Stereotypní způsob práce souvisí se stereotypním uvažováním. Například personál Domova pro seniory často soudí, že klienti se v Domově ocitají proto, že se jejich rodiny o ně odmítají starat a že také příslušné zdravotnické instituce se starými lidmi nezabývají tak, jak by měly. Svůj úkol personál vidí pouze v poskytnutí základního zaopatření a zdravotní péče.

Dobře fungující Domov musí mít vypracovány postupy, které mu musí umožnit učení a permanentní reformu. Musí být podporovány zpětné vazby, jež personál informují o skutečných potřebách klientů. To, co by měl režim Domova maximálně podporovat, popřípadě rozvíjet, nejsou klientovy handicapy, ale naopak jeho kompetence. Tzv. „pozitivní diagnózou“ je označován rub klientova handicapu, tj. schopnosti a dovednosti, v nichž není handicapován. Cílem poskytované rezidenční služby není tedy jen naplnění biologických potřeb klienta, ale dopomoc k rozvinutí jeho schopností v pohybové aktivitě, v sociálním soužití, a v budování rozvoje vyšších potřeb. Je třeba, aby bylo odlišeno, *čím* může klient profitovat ze společenských programů a v *čem* je nutná individuální péče. Kontakt se skupinou lidí může pro některé typy osobností představovat stres sám o sobě. Konflikt mezi zájmem skupiny na tom, aby na její činnosti participovali všichni, a zájmem individua na vlastní ochraně před příliš intenzívně působící skupinou, je trvalým dilematem rezidenční péče. Při jeho řešení se snadno zapomíná na to, že zařízení existuje kvůli klientům, nikoli naopak.

II Stupně závislosti⁵⁸

Zákon specifikuje 4 stupně závislosti:

- ▶ stupeň - lehká závislost
- ▶ stupeň – středně těžká závislost
- ▶ stupeň – těžká závislost
- ▶ stupeň – úplná závislost

Při zařazování do jednotlivých stupňů se hodnotí schopnost zvládat péči o vlastní osobu (18 úkonů) a soběstačnost (18 úkonů).

Bodové a příslušné finanční ohodnocení u osob nad 18 let ukazuje následující tabulka (u osob do 18 let se bodové posouzení a finanční ohodnocení liší):

Tabulka 1: Bodové a finanční ohodnocení⁵⁹

STUPEŇ	BODY (nad 18 let)	VÝŠE PŘÍSPĚVKU
I.	VÍCE NEŽ 12	2 000 Kč
II.	VÍCE NEŽ 18	4 000 Kč
III.	VÍCE NEŽ 24	8 000 Kč
IV.	VÍCE NEŽ 30	11 000 Kč

Zařazení klienta do příslušného stupně závislosti se tak stává klíčovým faktorem z hlediska finančního řízení služby.

III Registrace zařízení⁶⁰

Zákon určuje, že k poskytování sociálních služeb musí mít poskytovatel oprávnění. Toto oprávnění vzniká rozhodnutím o registraci, pro kterou jsou stanoveny striktní podmínky, především:

- ▶ doložení mravní bezúhonnosti a odborné způsobilosti všech fyzických osob, které budou přímo poskytovat sociální služby,
- ▶ doložení zajištění hygienických podmínek (provozní řád schválený krajskou hygienickou stanicí),

⁵⁸ Srov. Zákon č.108/2006 Sb. o sociálních službách. Hlava I. § 8 a 9.

⁵⁹ Srov. Tamtéž, §11.

⁶⁰ Srov. Tamtéž, §79.

- ▶ vlastnické nebo jiné právo k objektu,
- ▶ zajištění materiálních a technických podmínek dle druhu poskytované služby,
- ▶ doložení uzavření pojištění hmotné odpovědnosti za škodu způsobenou při poskytování sociálních služeb.

Teprve po kontrole všech předložených dokumentů rozhodne krajský úřad o udělení registrace a poskytovatel je zapsán do registru poskytovatelů.

Ověřování kvality registrovaných poskytovatelů

Pro ověření kvality poskytovaných služeb vzdělává MPSV tzv. inspektory kvality.

IV Supervize

Prováděcí vyhláška 505/2006 k zákonu 108/2006 Sb. O sociálních službách má v definovaném standardu kvality č. 10 – Profesní rozvoj zaměstnanců, bod e) definováno, že poskytovatel zajišťuje pro zaměstnance podporu nezávislého odborníka. Pro takového specialistu se vžil název supervizor.

Supervize má tři základní funkce: vzdělávací, podpůrnou a řídicí. Někdy se ještě přidává čtvrtá funkce – zprostředkování při řešení konfliktů.

Funkční supervize brání vyhoření týmu. Supervize může a má zvyšovat odpovědnost „všech vůči všem“, přičemž pojem „všichni“ lze rozšířit z klientů a z personálu instituce i na rodiny klientů a na komunitu, jíž organizace poskytující sociální služby slouží. Kopřiva uvádí: *„Supervize může pracovat s reálnými situacemi rozhovoru pracovníka s klientem, a to buď za přítomnosti supervizora při rozhovoru, nebo za použití audio či videonahrávky sezení. Může také používat modelové situace přehrávané v supervizní skupině (hraní rolí), příp.*

*pracovat jen s písemným záznamem rozhovoru pořázeným supervidovaným pracovníkem.*⁶¹

Ve spolupráci mezi supervizorem a supervidovaným jde o společné hledání řešení v atmosféře důvěry, o rozvíjení sebereflexe. Supervidování mohou být nejen jedinci, ale i skupiny a týmy. Supervizor a supervidovaný tvoří malý, uzavřený sociální systém. Proces supervize je uskutečňován v kontextu vztahů. Pokud je funkční, je kooperativní, demokratický, otevřený, vzájemný, respektující a zúčastněný.

Prioritou supervize je profesionální rozvoj pracovníků, rozšiřování jejich dovedností. Souběžně s tím mu má supervize pomáhat řešit těžko řešitelné případy, má mu pomáhat vyrovnat se s pracovním stresem. Tyto funkce supervize jsou v praxi neoddělitelné – nejde probírat způsob, jakým je případ veden, aniž by byly dotčeny profesionální kompetence pracovníka. Supervize by mu měla poskytnout maximální možnou podporu. Nutno zdůraznit také vzdělávací funkci supervize, především u začínajících pracovníků.⁶²

Dobrá supervize pomáhá lépe využívat vlastní zdroje, reagovat na různé výzvy (pozitivní i negativní), vyrovnat a rozvrhnout si pracovní zátěž a nově také ověřit kvalitu poskytovaných služeb.

⁶¹ KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. Praha: Portál, 1997. Str. 121.

⁶² Srov. ROLLOVÁ J. *Supervize*. Praha: Pražská psychoterapeutická fakulta, 2001.

V Požadavky standardů

Tabulka 2: Požadavky standardů⁶³

Číslo	Kritérium
S01-1	Písemně definované a zveřejněné poslání, cíle a zásady poskytované sociální služby a okruh uživatelů, kterým je určena, v souladu se zákonem stanovenými zásadami poskytování sociálních služeb, druhem sociální služby a individuálně určenými potřebami uživatelů, kterým je sociální služba poskytována.
S01-2	Aktualizované a komunikované cíle služby v souladu s posláním a konkrétním popisem aktivit, kterými se cíle naplňují.
S01-3	Definovaný okruh osob uživatelů.
S01-4	Vytvoření podmínek, aby uživatelé, kterým je poskytována sociální služba, mohly uplatňovat vlastní vůli při řešení své nepříznivé sociální situace.
S01-5	Písemně zpracované pracovní postupy zaručující řádný průběh poskytování sociální služby a postup podle nich.
S01-6	Vnitřní pravidla pro ochranu osob před předsudky a negativním hodnocením, ke kterému by mohlo dojít v důsledku poskytování sociální služby a jejich uplatňování.
S02-1	Písemně zpracovaná vnitřní pravidla pro předcházení situacím, v nichž by v souvislosti s poskytováním sociální služby mohlo dojít k porušení základních lidských práv a svobod uživatelů a pro postup, pokud k porušení těchto práv dojde. Postup podle nich.
S02-2	Písemně zpracovaná vnitřní pravidla, která vymezují situace, kdy by mohlo dojít ke střetu zájmů provozovatele se zájmy uživatelů, kterým poskytuje sociální službu, včetně pravidel pro řešení těchto situací. Postup podle nich.
S02-3	Písemně zpracovaná vnitřní pravidla pro přijímání darů. Postup podle nich.
S03-1	Písemně zpracovaná vnitřní pravidla, podle kterých je informován zájemce o sociální službu srozumitelným způsobem o možnostech a podmínkách poskytování sociální služby. Postup podle nich.
S03-2	Projednání se zájemcem o sociální službu jeho požadavků, očekávání a osobních cílů, které by vzhledem k jeho možnostem a schopnostem bylo možné realizovat prostřednictvím sociální služby.
S03-3	Písemně zpracovaná vnitřní pravidla pro postup při odmítnutí zájemce o sociální službu z důvodů stanovených zákonem. Postup podle nich.
S04-1	Písemně zpracovaná vnitřní pravidla pro uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby s ohledem na druh poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena. Postup podle nich.
S04-2	Postup při uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby tak, aby uživatel rozuměl obsahu a účelu smlouvy.
S04-3	Sjednání rozsahu a průběhu poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle, možnosti, schopnosti a přání uživatele.
S05-1	Písemně zpracovaná vnitřní pravidla, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby. Postup podle nich.
S05-2	Přehodnocování naplňování osobních cílů uživatele v průběhu služby tak, aby uživatel měl možnost měnit své osobní cíle.
S05-3	Určení klíčového pracovníka pro každého uživatele.
S05-4	Společné průběžné hodnocení naplňování osobních cílů s uživatelem.
S06-1	Písemně zpracovaná vnitřní pravidla pro zpracování, vedení a evidenci dokumentace o osobách, kterým je sociální služba poskytována, včetně pravidel pro nahlížení do dokumentace. Postup podle nich.
S06-2	Anonymní evidence jednotlivých osob v případech, kdy to vyžaduje charakter sociální služby nebo na žádost uživatele.
S06-3	Stanovená doba pro uchování dokumentace o uživateli po ukončení poskytování sociální služby.
S07-1	Písemně zpracovaná vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby a to ve formě srozumitelné uživateli. Postup podle nich.
S07-2	Informování uživatelů o možnosti podat stížnost, jakou formou stížnost podat, na koho je možno se obracet, kdo bude stížnost vyřizovat a jakým způsobem, o možnosti zvolit si zástupce pro podání a vyřizování stížnosti. Prokazatelné seznámení zaměstnanců s těmito pravidly.
S07-3	Evidence a vyřizování stížností písemně v přiměřené lhůtě.
S08-1	Nenahrazování běžně dostupných veřejných služeb a vytváření příležitostí, aby uživatelé mohli takovéto služby využívat.
S08-2	Spolupráce s právníky a fyzickými osobami, které uživatelé označí, v zájmu dosahování jejich osobních cílů.
S08-3	Zprostředkování uživatelům služeb jiných fyzických a právnických osob podle jejich individuálně určených potřeb.
S08-4	Podpora uživatelů v kontaktech a vztazích s přirozeným sociálním prostředím.
S09-1	Písemně zpracovaná vnitřní pravidla se stanovenou strukturou a počtem pracovních míst, pracovní profily, kvalifikační požadavky a osobnostní předpoklady zaměstnanců. Organizační struktura a počty zaměstnanců přiměřené druhu poskytované sociální služby, její kapacitě a počtu a potřebám uživatelů.
S09-2	Písemně zpracovaná vnitřní pravidla pro přijímání a zaškolování nových zaměstnanců a fyzických osob, které nejsou v pracovně právním vztahu s poskytovatelem.
S09-3	Písemně zpracovaná vnitřní pravidla pro působení fyzických osob, které nejsou s poskytovatelem v pracovně právním vztahu, při poskytování sociální služby.
S09-4	Písemně zpracovaná vnitřní pravidla pro pravidelné hodnocení zaměstnanců, který obsahuje zejména stanovení, vývoj a naplňování osobních profesních cílů a potřeby další odborné kvalifikace.
S10-1	Písemně zpracovaný program dalšího vzdělávání zaměstnanců.
S10-2	Písemně zpracovaný systém výměny informací mezi zaměstnanci o poskytované sociální službě.
S10-3	Písemně zpracovaný systém finančního a morálního oceňování zaměstnanců.
S10-4	Zajištění podpory nezávislého kvalifikovaného odborníka pro zaměstnance.
S10-5	Určení místo a doby poskytování sociální služby podle druhu sociální služby, okruhu uživatelů a jejich potřeb.
S11-1	Písemně zpracovaný soubor informací o poskytované sociální službě ve formě srozumitelné uživateli.
S12-1	Zajištění materiálních, technických a hygienických podmínek přiměřených druhu poskytované sociální služby a její kapacitě, okruhu uživatelů a jejich individuálně určeným potřebám.
S13-1	Poskytování pobytových služeb v takovém prostředí, které je důstojné a odpovídá okruhu uživatelů a jejich individuálně určeným potřebám.
S14-1	Písemně zpracované nouzové a havarijní situace, které mohou nastat v souvislosti s poskytováním služby a postup při jejich řešení.
S14-2	Prokazatelné seznámení zaměstnanců a uživatelů s postupem při nouzových a havarijních situacích a vytvoření podmínek, aby zaměstnanci a uživatelé byli schopni stanovené postupy použít.
S14-3	Vedení dokumentace o průběhu a řešení nouzových a havarijních situací.
S15-1	Průběžná kontrola a hodnocení, zda je způsob poskytování sociální služby v souladu s definovanými posláním, cíli a zásadami sociální služby a osobními cíli jednotlivých uživatelů.

⁶³ Požadavky standardů v DSJ.

Viz WWW: < <http://dsj-plzen.blogspot.com/search/label/Standardy> >

VI Dokumentace podle normy ISO 9001:2001

ISO 9000 je mezinárodní norma, která definuje požadavky na *system řízení jakosti* (QMS), díky jemuž může společnost prokázat způsobilost produkovat shodné výrobky/služby. Zahrnuje tuto skupinu norem⁶⁴:

- ▶ ISO 9000:2006 Systémy managementu jakosti - Základy, zásady a slovník⁶⁵,
- ▶ ISO 9001:2000 Systémy managementu jakosti - Požadavky⁶⁶ (v současné době je již připravena revize normy 9001:2008),
- ▶ ISO 9004:2000 Systémy managementu jakosti - Směrnice pro zlepšování výkonnosti.⁶⁷

Logika normy vnitřně vychází z osvědčeného postupu PDCA⁶⁸ (Plan – plánuj, Do – navrhni a udělej, Check – zkontroluj, Act – jednej, naprav, měř a koriguj).

System řízení jakosti zahrnuje identifikaci procesů, posloupnost a interakci procesů, kritéria a metody efektivního fungování a řízení, zdroje, monitorování, měření a analyzování, uplatňování opatření pro dosažení plánovaných výsledků a neustálého zlepšování a dokumentování systému managementu jakosti. Jsou definovány povinnosti managementu, politika jakosti, cíle jakosti, zdroje, přezkoumání managementu (představitel managementu, pravidla přezkoumání managementu) a pravidla interní komunikace.

Řízení zdrojů zahrnuje: lidské zdroje a jejich odbornou způsobilost, výcvik, hodnocení efektivnosti provedených opatření, vědomí závažnosti udržování záznamů, oblast infrastruktury a pracovního prostředí.

Realizace produktu (služby) zahrnuje plánování realizace produktu, cíle jakosti, požadavky na produkt, procesy, dokumenty, zdroje, ověřovací činnosti,

⁶⁴ Číslo za dvojtečkou uvádí rok revize normy.

⁶⁵ ČSN EN ISO 9000:2006 *Systémy managementu kvality - Základní principy a slovník*. Český normalizační institut, 2006.

⁶⁶ ČSN EN ISO 9001:2001. *Systémy managementu jakosti – Požadavky*. Normy série ISO 9001 a jejich aplikace. Český normalizační institut, 2001.

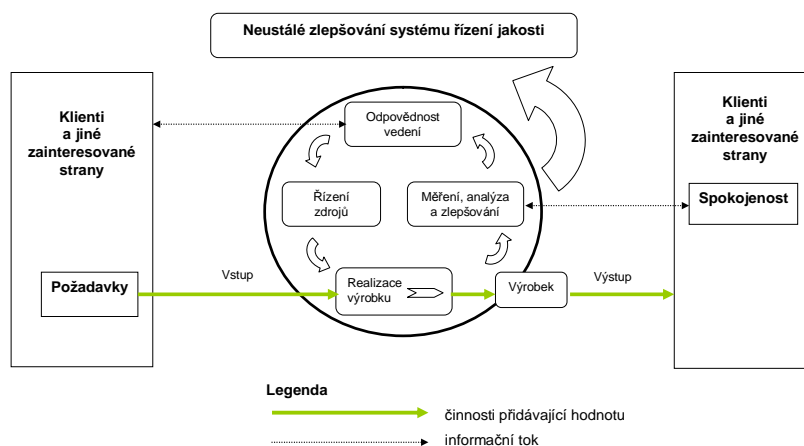
⁶⁷ ČSN EN ISO 9004:2001 *Systémy managementu jakosti - Směrnice pro zlepšování výkonnosti*. Český normalizační institut, 2001.

⁶⁸ Srov. *Wikipedie*. Heslo PDCA.

záznamy, procesy týkající se zákazníka, požadavky na produkt, přezkoumání, pravidla komunikace se zákazníkem, návrh a vývoj - plánování, vstupy, výstupy, přezkoumání, verifikaci, validaci, změnové řízení, nakupování - výběr a hodnocení dodavatelů, ověřování nakupovaných produktů, výrobu a poskytování služeb - plánování a realizaci výroby / služeb, validace zvláštních procesů, identifikaci a sledovatelnost, majetek zákazníka a ochranu produktu monitorování a měření.

Měření spočívá v analýze a zlepšování, monitorování a měření spokojenosti zákazníka, procesů, produktu, v interním auditu, řízení neshodného produktu, analýze údajů - spokojenosti zákazníka, shodě s požadavky na produkt, znacích a trendech procesů a produktů, o dodavatelích, zlepšování - neustálé zlepšování, opatření k nápravě a preventivní opatření.

Obrázek 2: Logika řízení kvality⁶⁹



Obrázek demonstruje dynamiku základních požadavků kvality v toku hlavního procesu (realizace), který vede od klienta (očekávání, požadavky) opět ke klientu (splnění očekávání = spokojenost).

Zdroj: Interní materiál BPS

Nejdůležitější požadavky ISO 9001 tedy jsou:

- ▶ úloha vrcholového vedení v QMS,
- ▶ definovaná politika jakosti,

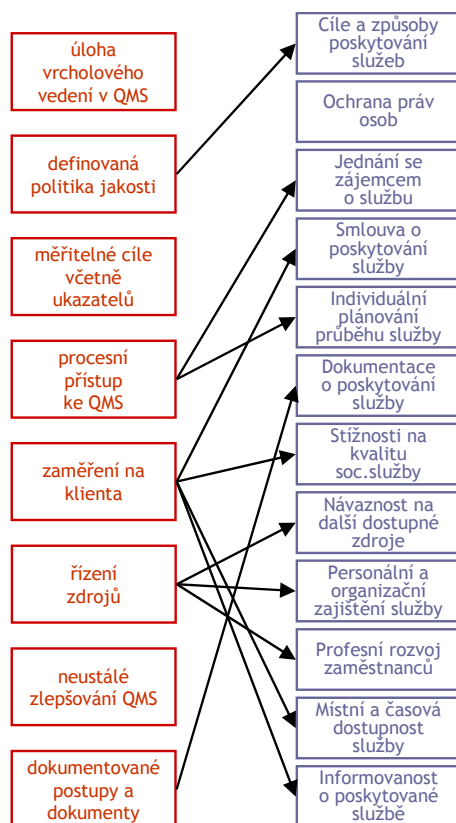
⁶⁹ *Prezentace pro školení řízené dokumentace*. Praha: BPS, 2007. Interní materiál.

- ▶ měřitelné cíle včetně ukazatelů,
- ▶ procesní přístup ke QMS,
- ▶ zaměření na klienta (zákazníka),
- ▶ neustálé zlepšování QMS,
- ▶ dokumentované postupy a dokumenty.

Porovnání požadavků ISO 9001 se standardy kvality

Základní porovnání požadavků zachycuje obrázek.

Obrázek 3: Požadavky ISO 9001 a požadavky standardů kvality⁷⁰



Zdroj: Interní materiál BPS

Zásadní deficity ve standardech oproti požadavkům normy ISO 9001 jsou následující:

⁷⁰ *Prezentace pro školení řízení dokumentace*. Praha: BPS, 2007. Interní materiál.

Standardy nevychází z procesního přístupu

To znamená, že nejsou tvořeny na základě ucelené architektury sociální služby. Logika ISO 9000 od své revize 2000 naopak důsledně vyžaduje, aby společnost byla posuzována procesně, tedy podle sekvencí činností, kterými společnost vytváří svou přidanou hodnotu koncentrovanou ve službě.

Standardy dokonce nevyžadují ani mapu procesů sociální služby a jejich návaznosti, naopak některé části procesů vytrhává z celkového kontextu a popisuje jednotlivě (např. jednání se zájemcem o poskytování služby). Autoři těchto standardů si zřejmě nedokázali vůbec představit celkový řetězec přidané hodnoty sociální služby.

Důsledky tohoto funkčního pojetí sociální služby jsou z hlediska řízení její jakosti zdrcující. Důraz je kladen na jednotlivosti, které samy o sobě nemohou jakost nejen garantovat, ale v řadě případů – pokud jsou optimalizovány jednotlivě – mohou poškodit buď klienta nebo služby poskytující společnost.

Absence holistického přístupu ke službě tak vede k:

- ▶ nevyváženému řízení (úroveň poskytované služby není optimalizovaná podle dostupných zdrojů),
- ▶ vzniku znalostních monopolů,
- ▶ duplicitám v řízené dokumentaci.

Standardy nejsou řízeny jako proces

Soubor norem ISO 9000 zahrnuje nejen výčet jednotlivých požadavků, které je nutno splnit a jejich splnění prokazovat, ale i možná ještě důležitější část – požadavky na proces řízení jakosti v celém jeho životním cyklu. Tedy jak vůbec zjistíme, co je kvalita, jak ji definujeme, jak ji popíšeme, jak zajistíme, aby byla dodržovaná, jak budeme měřit, že dodržovaná opravdu je a jak budeme kvalitu zlepšovat?

Standardy zachycují pouze dílčí části životního cyklu služby a nedávají proto záruku, že kvalita bude vůbec vytvořena a následně rozvíjena.

Možnost využití ISO 9001 v řízení kvality sociálních služeb

Skupina norem ISO 9000 samozřejmě vznikla ve výrobním prostředí a téměř 20 let trvalo, než byla přizpůsobená k řízení jakosti i pro oblast služeb.⁷¹ Dnes plně reflektuje jak specifika služeb, tak odlišnost sféry podnikatelské a public (veřejné). Má velmi dobře popsané obě nezbytné části – prováděcí i strukturální:

- ▶ požadavky – tedy body nebo uzly potenciální nekvality,
- ▶ systém řízení jakosti v celém životním cyklu.

Navíc má propracovaný systém certifikace, který nemusí být samoučelný (cílem je získat certifikát – zde absolvovat bez problému inspekci jakosti), ale může sloužit jako prostředek zlepšování a zasazením do manažerské disciplíny BPM (business process management) slouží i ke zlepšení podnikání jako takového.

Pro ilustraci, jak široce je certifikace ISO 900x využívána ve zdravotnictví a v neziskovém sektoru, lze použít benchmarking⁷², podle kterého certifikací ISO 9001 prošlo v EU již 32 % zdravotnických zařízení a 19 % neziskových organizací, což je oproti předchozí studii, který proběhla v roce 2004 víc než dvojnásobný nárůst.

Nezanedbatelné jsou i reputační důsledky takové certifikace, jak z hlediska držitelů oprávněných zájmů (např. zřizovatelů), tak z hlediska veřejnosti.

Na stranu druhou normy ISO 9001 jsou značně dogmatické a mohou při rigidním nasazení omezit potřebnou pružnost služby případně pouze vygenerovat zvýšenou administrativu. Jsou tedy dvě cesty, jak k normám ISO 9000 přistoupit:

- ▶ normami se pouze inspirovat, zejména pro jejich holistický přístup a využít je k doplnění těch prvků jakosti, které ve standardech kvality absentují,

⁷¹ Srov. VEBER J. a kol. *Řízení jakosti a ochrana spotřebitele*. Praha: Grada, 2006. Str. 46.

⁷² *Studie BenchNet*. Benchmarking Exchange, 10/2006.

- ▶ získat pro certifikaci ISO 9000 vhodné dotační zajištění, nalobovat klíčové pracovníky a využít projekt certifikace pro celkové zlepšení sociální služby.

Pro tuto druhou možnost je třeba také pečlivě zvolit vhodný certifikační orgán, který nebude pouze byrokraticky odškrtnávat splněné požadavky, ale pomůže optimalizovat celý systém řízení.⁷³

Integrovaný systém řízení (IMS)

Protože řada certifikačních požadavků je pro řadu norem podobná a některé se přímo překrývají, je dnes nejčastěji využíván integrovaný systém řízení, který plní požadavky řady souvisejících norem. Kromě ISO 9000, který tvoří jeho základ, jde především o tyto normy:

- ▶ ISO 14001:2005 Systém environmentálního managementu a auditu (EMAS),
- ▶ OHSAS 18001:1999 Systém managementu bezpečnosti a ochrany zdraví při práci,
- ▶ ISO 19011:2002 - Metodika auditování.

Někdy je to IMS zařazováno i ISO 27001 a ISO 15408 Informační bezpečnost, případně podle potřeby ISO 15189 Zdravotnické laboratoře, GMP (Správná výrobní praxe) případně certifikace, které se vážou k řízení rizik (BASEL-II, HACCP, RBA, FRAP a další).

Sarbanes-Oxley Act (SOx) je soubor opatření, která připravila americká komise pro cenné papíry (SEC) a jehož splnění je povinné pro všechny firmy kótované na kterékoliv americké burze. Jde zejména o průkaznost řízení vzhledem k vyloučení jakéhokoliv podezření na nepoctivost ze strany managementu jako součást celkového corporate governance.⁷⁴

Požadavky SOx jsou však velmi rozumné, protože jde vlastně o možnost prokázání legálnosti všech finančních operací a správnosti finančních výkazů.

⁷³ Kvalifikované hodnocení certifikačních autorit je k dispozici např. na portálu eISO, kde jsou k dispozici i recenze a praktické zkušenosti uživatelů s jednotlivými certifikačními firmami. Viz WWW: < <http://www.eiso.cz/informacni-servis/hodnoceni-certifikacnich-firem/> >

⁷⁴ Srov. *Slovník pojmů*. Heslo SOx. Středoevropské centrum pro finance a management, 2008. Viz WWW: < <http://www.finance-management.cz/080vypisPojmu.php?X=Sarbanes-Oxley+SOX&IdPojPass=42> >

Proto k plnění SOx přistupuje dobrovolně nejen řada firem, které podnikají s veřejnými prostředky, ale i neziskových organizací.

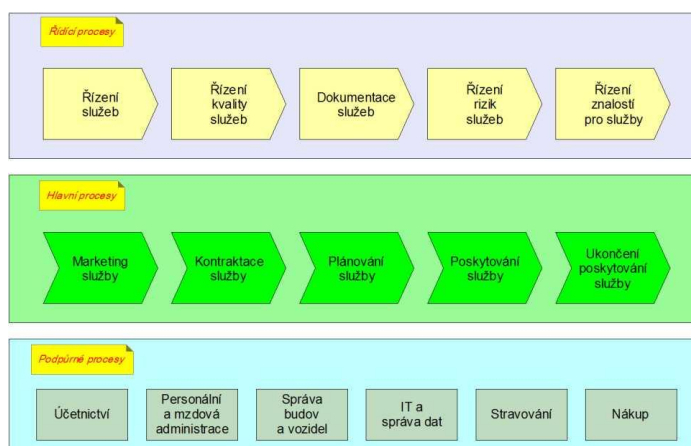
Zjednodušeně lze říci, že těžiště SOx leží v provedení kontroly každé činnosti, která má vliv na peněžní tok a jejím zdokumentování. Tyto požadavky jsou při procesním přístupu k řízení organizace velmi snadno splnitelné a mohou sloužit nejen ke zjednodušení finančního auditu, ale i k rychlé reakci v případě vzniku potíží.

Při budování certifikovatelného, tedy prokazatelného systému řízení jakosti, lze využít celou řadu dalších používaných standardů, např. SixSigma⁷⁵ (velmi komplexní metodika pro řízení systému jakosti) nebo EFQM/CAF⁷⁶ (měkkí metoda analýzy připravenosti na zavedení systému kvality, kterou je možné kombinovat s benchmarkingem).

VII Procesní struktura DSJ

Procesy společnosti jsou stanoveny takto:

Obrázek 4: Procesy DSJ⁷⁷



Zdroj: Organizační řád DSJ

⁷⁵ Wikipedia. Heslo Six Sigma.

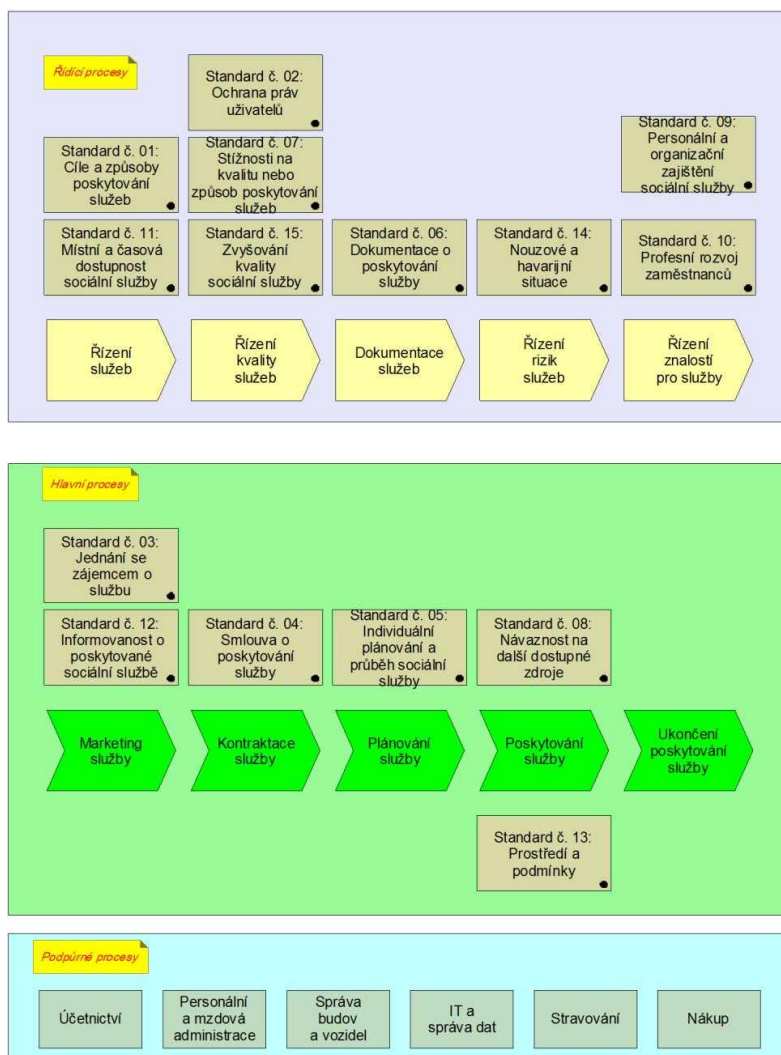
⁷⁶ Wikipedia. Heslo Enterprise Architecture.

⁷⁷ Organizační řád DSJ.

Viz WWW: < <http://dsj-plzen.blogspot.com/2008/02/organizacni-rad.html> >

Tyto procesy naplňují požadavky standardů kvality takto:

Obrázek 5: Vazba standardů na procesy DSJ⁷⁸



Z obrázku je patrné, že se standardy kvality váží jak na hlavní, tak i na řídicí procesy.

Zdroj: Organizační řád DSJ

⁷⁸ Organizační řád DSJ.

Viz WWW: < <http://dsj-plzen.blogspot.com/2008/02/organizacni-rad.html> >

VIII Ukázka řízené dokumentace

Obrázek 6: Hlavní strana intranetu⁷⁹



Na hlavní straně jsou uváděna záhlaví jednotlivých dokumentů s krátkou anotací. Je možné vybrat dokument podle jeho typu nebo využít fulltextového vyhledávání.

Jednotlivé dokumenty se otevřou klepnutím na jejich titulek.

⁷⁹ Intranet DSJ. Viz WWW: < <http://dsj-plzen.blogspot.com> >

Obrázek 7: Dokumentace standardů kvality⁸⁰

Tento intranet obsahuje schválené znění organizačního řádu a dalších řídicích dokumentů, které jsou závazné pro všechny pracovníky organizace.

Kontakt
Molytlová 92, Plzeň
Telefon: 379 821 111
E-mail: ddd@mchp.cz

Standard č. 01: Cíle a způsoby poskytování služeb

Dokument definuje kritéria, procesy a výsledky ve všech hlavních oblastech poskytování péče. Je nejméně jednou ročně aktualizován.

S01-1
Kritérium:
Písemně definované a zveřejněné poslání, cíle a zásady poskytované sociální služby a okruh uživatelů, kterým je určena, v souladu se zákonem stanovenými zásadami poskytování sociálních služeb, druhem sociální služby a individuálně určenými potřebami uživatelů, kterými je sociální služba poskytována.
Proces (předpisy):
Vnitřní předpis č. 40: Poslání a hodnoty
Výsledek:
Poslání znají všichni pracovníci a je zveřejněno na místech k tomu určených interně i ve spolupracujících institucích. Definitce poslání je obsahem smlouvy s uživateli služby.

S01-2
Kritérium:
Aktualizované a komunikované cíle služby v souladu s posláním a konkrétním popisem aktivit, kterými se cíle naplňují.
Proces (předpisy):
Vnitřní předpis č. 41: Cíle
Výsledek:
Cíle jsou zveřejněny a znají je všichni pracovníci. Existuje archiv cílů, které byly realizovány v předchozích obdobích.

S01-3
Kritérium:
Definovaný okruh osob uživatelů.

Typ dokumentace

- Audit (2)
- Organizační řád (1)
- Popis pracovních pozic (20)
- Standardy (15)
- Vnitřní předpisy (43)
- Zákony (1)

Zákony

- Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách
- Vyhl. 505/2006 Sb. k provedení zákona o sociálních službách

Hledání

provozováno na

Charita

- [Charita ČR](#)
- [Diecézní charita Plzeň](#)
- [Městská charita Plzeň](#)

Jednotlivé standardy kvality uvádí kritéria tak, jak jsou stanovena předpisy, dále proces, ke kterému se vážnou a odkaz na vnitřní předpis, který příslušný požadavek standardu naplňuje (příslušný dokument se klepnutím na odkaz otevře). Dále uvádí výsledek – tedy atributy stavu, kdy je příslušný požadavek standardu splněn.

⁸⁰ Viz. např. *Standard č. 1.*

Viz WWW: < <http://dsj-plzen.blogspot.com/2008/02/standard-01.html> >

Obrázek 8: Popisy pracovních pozic⁸¹

<p>☒ Vnitřní předpis č. 44: Popis pozice 10 Vedoucí domova</p> <p>Je řízena: Ředitel MCHP Je zastupována: 30 Sociální pracovník Řídí: 20 Vedoucí provozu, 30 Sociální pracovník</p> <p>Požadovaná kvalifikace a znalosti:</p> <ul style="list-style-type: none">- VOŠ, VŠ sociálního směru- manažerské schopnosti- základy marketingu a ekonomiky- práce na PC, řidičský průkaz- kurz komunikace- osobnostní předpoklady pro výkon vedoucí funkce (psychická vyrovnanost, zodpovědnost, pružnost, tvořivost, řídicí dovednosti)znalost základů katolické víry a praktické úsilí o křesťanský životní styl <p>Zatřídění podle katalogu prací: 12293 vedoucí pracovník velké zdravotnické organizace</p> <p>Hlavní činnosti a odpovědnosti</p> <ol style="list-style-type: none">1. vede a kontroluje podřízené pracovníky DSJ2. kontroluje kvalitu a hospodárnost ošetrovatelského a provozního úseku v DSJ3. kontroluje kvalitu vedení veškeré dokumentace v DSJ4. svolává provozní porady vedení DSJ5. organizuje pravidelné vzdělávací semináře a další vzdělávání pro pracovníky6. účastní se provozních porad ředitele MCH dle stanoveného harmonogramu7. sleduje využití kapacity DSJ

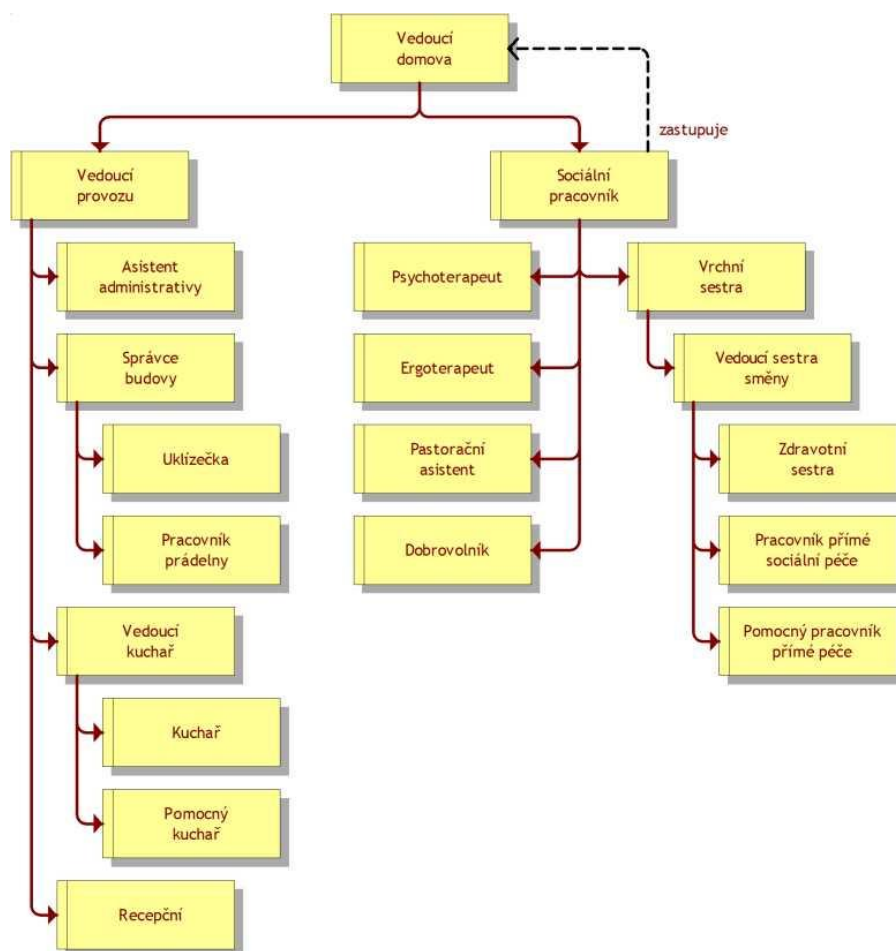
Popisy pracovních pozic mají formu vnitřních předpisů a uvádí kompetence, požadovanou kvalifikaci a znalosti, zatřídění podle katalogu prací a hlavní činnosti a odpovědnosti.

⁸¹ Viz např. *Vnitřní předpis č. 44: Popis pozice 10 Vedoucí domova*.
Viz WWW: < <http://dsj-plzen.blogspot.com/2008/02/predpis-44.html> >

IX Organizační struktura DSJ

Řídící struktura organizace je následující:

Obrázek 9: Organizační schéma DSJ⁸²



Interní pracovní pozice

Definice typových pracovních pozic vychází z uvedené organizační a řídicí struktury. Na vyznačených pozicích je zaměstnáno více pracovníků. V rámci organizace jsou zřízeny tyto typové pracovní pozice:

- ▶ 10 Vedoucí domova

⁸² Organizační řád DSJ.

Viz WWW: < <http://dsj-plzen.blogspot.com/2008/02/organizacni-rad.html> >

- ▶ 20 Vedoucí provozu
- ▶ 21 Asistent administrativy
- ▶ 22 Správce budovy
- ▶ 23 Uklízečka – více pracovníků (4)
- ▶ 24 Vedoucí kuchař
- ▶ 25 Kuchař – více pracovníků (2)
- ▶ 26 Pomocný kuchař – více pracovníků (3)
- ▶ 27 Recepční – více pracovníků (4)
- ▶ 28 Pracovník prádelny – více pracovníků (2)
- ▶ 30 Sociální pracovník
- ▶ 31 Psychoterapeut
- ▶ 32 Ergoterapeut
- ▶ 33 Pastorační asistent
- ▶ 34 Dobrovolník
- ▶ 40 Vrchní sestra
- ▶ 41 Vedoucí sestra směny
- ▶ 42 Zdravotní sestra – více pracovníků (5)
- ▶ 43 Pracovník přímé sociální péče – více pracovníků (14)
- ▶ 44 Pomocný pracovník přímé péče

Sdílené pracovní pozice

Organizace má outsourcovánu - externě zabezpečenu z úrovně Městské charity Plzeň (MČHP) ekonomickou a personální agendu a vrcholové řízení. Proto se podílí na jejím financování, a to formou následujících pracovních úvazků:

- ▶ 0,2 pracovního úvazku Ekonom MČHP
- ▶ 0,2 pracovního úvazku Personalista MČHP
- ▶ 0,2 pracovního úvazku Ředitel MČHP

Popis pracovních pozic a jejich kompetencí je uveden v jednotlivých vnitřních předpisech, které tyto pozice specifikují.⁸³

⁸³ Viz. *Popisy pracovních pozic*.

Viz: < <http://dsj-plzen.blogspot.com/search/label/Popis%20pracovn%C3%AD%20pozice> >

X Metodika interního auditu

Interním auditem se rozumí nezávislá objektivní zjišťovací a konzultační činnost zaměřená na kvalitu produktů, kontrolu naplňování procesů a provozu organizačních jednotek.⁸⁴ Pomáhá společnosti dosahovat její cíle tím, že zavádí systematický metodický přístup k hodnocení a zlepšení efektivnosti řízení jakosti, rizik i řídicích a kontrolních procesů.

Interní audit může mít různé cíle i rozsah v závislosti na velikosti a struktuře problematiky podrobené auditu, na základě analýzy rizik činnosti a na požadavcích zadavatele auditu. Audit poskytne přiměřené ujištění, že informace a závěry o problematice podrobené auditu jako celek nejsou významně zkresleny.

K činnostem interního auditu obvykle patří jedna nebo více z těchto aktivit⁸⁵:

- ▶ Kontrola dodržování řízené dokumentace a plnění zákonných ustanovení, předpisů a dalších vnějších požadavků.
- ▶ Prověřování provozních informací. Může jít o prověrku postupů použitých ke zjišťování, měření, třídění a vykazování těchto informací a také o konkrétní prověrku jednotlivých případů včetně detailního testování postupů, činností a transakcí.
- ▶ Prověrka úspornosti, účelnosti a ekonomické efektivnosti operací, včetně kontrol týkajících se auditované služby.
- ▶ Ověření účinnosti vnitřního kontrolního systému. Vytvoření přiměřených kontrolních systémů je úkolem vedení. Jde o úkol, jemuž je třeba trvale věnovat potřebnou pozornost. Interní auditor je obvykle pověřován konkrétní odpovědností za kontrolu účinnosti uvedených systémů, za sledování činnosti uvedených systémů, za kontrolu jejich účinnosti a za doporučování vhodných zlepšení.

⁸⁴ Srov. *Auditorské směrnice*. Praha: Komora auditorů ČR, 2006.

⁸⁵ Srov. *Auditorské směrnice č. 1: Cíle a principy auditu*. Praha: Komora auditorů ČR, 2006.

Auditor musí získat dostatek důkazních informací a posoudit situaci tak, aby mohl vyslovit svůj názor ve formě výroku auditora. Zdrojem informací jsou provozní data, řízená dokumentace a další písemnosti společnosti. Informace se získávají také od vedení, zaměstnanců a klientů. Získávané informace musí být dostatečné, vhodné (relevantní) a spolehlivé.

Dostatečnost a vhodnost jsou jak vzájemně závislé a použitelné k posouzení průkazných materiálů získaných jak na základě testů spolehlivosti, tak i testů věcné správnosti. Dostatečnost je měřítkem množství získaných auditorských důkazních informací, vhodnost důkazních informací se týká významnosti a spolehlivosti. Auditor vychází spíše z informací získaných vlastním ověřením, nežli z informací mu předkládaných. Auditor může hledat k podpoře svých tvrzení informace z různých zdrojů nebo podklady různé povahy.

Získané informace by měly v zásadě auditorovi umožnit vytvořit si názor na auditovanou problematiku. Při utváření takového názoru nezkoumá obvykle auditor veškeré dostupné informace, protože si může učinit názor s použitím úsudku nebo statistického vzorku.

Při tomto postupu se auditor řídí zásadou významnosti jednotlivých skutečností, tj. zaměřuje se zejména na skutečnosti, položky či operace, které jsou významné vzhledem k celkovým ukazatelům týkajících se produktu, na který je audit zaměřen.

Úsudek auditora o tom, co je dostatečnou a vhodnou důkazní informací, je ovlivněn takovými faktory jako⁸⁶:

a) stupeň rizika omylu: toto riziko může být ovlivněno

- ▶ povahou informace,
- ▶ adekvátností vnitřního kontrolního systému,
- ▶ charakterem činnosti provozované jednotkou,
- ▶ situacemi, které mohou vyvíjet mimořádný tlak na vedoucí pracovníky,

⁸⁶ Srov. *Auditorské směrnice č.6: Významnost a auditorské riziko*. Praha: Komora auditorů ČR, 2006.

- ▶ finanční situací jednotky,
- b) významnost položky ve vztahu k jiným ukazatelům,
- c) zkušenosti získané během předcházejících auditů,
- d) výsledky auditorských postupů, včetně případných zjištěných neshod nebo chyb,
- e) druhem dostupných informací.

Vnitřním kontrolním systémem se rozumí organizace, metody a postupy použité vedením společnosti i organizační jednotky pro sledování jakosti, zajištění ochrany majetku, pro zjištění neshod a chyb a pro zajištění průkaznosti.⁸⁷

Druhy testů

Ověření spolehlivosti informace může být získána testy, které lze podle základního účelu rozdělit na⁸⁸:

- ▶ ~ testy věcné správnosti,
- ▶ ~ testy spolehlivosti.

Za testy věcné správnosti se považují takové testy, jejichž cílem je získat informace o úplnosti, správnosti a průkaznosti údajů o činnostech a operacích.

Testy spolehlivosti jsou ty testy, jejichž cílem je prověřit, zda auditovaná jednotka účinně uplatňuje vnitřní kontrolní systém stanovený touto jednotkou. Použití těchto typů testů se nejčastěji kombinuje.

Auditor může při utváření svého názoru spoléhat na informace získané pomocí testů věcné správnosti, pokud je těchto informací dostatek.

Auditor také může vycházet z existujícího spolehlivého vnitřního kontrolního systému auditované jednotky, o jehož spolehlivosti se přesvědčil testy a omezit potom rozsah svých testů věcné správnosti.

⁸⁷ Srov. *Auditorské směrnice č. 1: Cíle a principy auditu*. Praha: Komora auditorů ČR, 2006.

⁸⁸ Srov. *Auditorské směrnice č. 2: Postupy získávání důkazních informací při auditu*. Praha: Komora auditorů ČR, 2006.

Při získávání důkazních informací prostřednictvím testů spolehlivosti vnitřního kontrolního systému se auditor zajímá o následující aspekty:

- ▶ existence - kontrola existuje,
- ▶ účinnost - kontrola je účinná,
- ▶ kontinuita - kontrola působila v průběhu období s požadovanou spolehlivostí.

Při získávání důkazních informací testy věcné správnosti se auditor zajímá o následující skutečnosti⁸⁹:

- ▶ Existence – činnost nebo operace je prováděna.
- ▶ Výskyt - uskutečněná operace nebo činnost se vztahuje k dané jednotce a je realizována danými pracovníky.
- ▶ Majetek - k danému datu je aktivum majetkem organizační jednotky a pasívum závazky je závazkem této jednotky.
- ▶ Úplnost - neexistují neevidované činnosti, majetek nebo operace.
- ▶ Ocenění – činností nebo produktů je evidováno v odpovídajícím ocenění (např. časové, finanční apod.) v souladu s nastavením společnosti, a s postupy ocenění v předchozím období.
- ▶ Zobrazení - operace je evidována a vykazována vypovídajícím způsobem, v částce odpovídající její hodnotě a ke správnému období a v souladu s uznávanými postupy.

Získání informací týkajících se jedné skutečnosti jako např. existence zásob, nekompensuje nedostatek informací týkajících se jiné skutečnosti, např. jejich ocenění. Rozsah a podstata prováděných testů věcné správnosti se liší v závislosti na každém z výše uvedených aspektů.

Při určování požadovaného stupně spolehlivosti testů by měl auditor zvážit⁹⁰:

⁸⁹ Srov. *Auditorské směrnice č. 6: Významnost a auditorské riziko*. Praha: Komora auditorů ČR, 2006.

- ▶ povahu testů (např. použití testů zaměřených na nezávislé strany mimo účetní jednotku spíše než testů zaměřených na strany nebo dokumentaci uvnitř účetní jednotky nebo použití detailních testů navíc k analytickým postupům pro určitý konkrétní cíl auditu),
- ▶ načasování testů (např. jejich provedení až na konci roku spíše než k dřívějšímu datu),
- ▶ rozsah testů (např. použití většího vzorku).

Zatímco testy a postupy jsou rozlišitelné podle účelu, výsledky postupů kteréhokoliv typu mohou napomoci účelům postupů jiných. Chyby odhalené postupy mohou vést auditora k tomu, že pozmění své předchozí hodnocení spolehlivosti testů.

Auditor získává informace při ověření spolehlivosti a provádění testů věcné správnosti jednou nebo několika z následujících metod⁹¹:

- ▶ prohlídka a prověrka,
- ▶ pozorování,
- ▶ dotazování a potvrzování,
- ▶ výpočty,
- ▶ analýza.

Prověrka spočívá v ověření zápisů a dokladů, procesních směrnic i dalších dokumentů a prohlídka (např. ve formě inventury) ve fyzickém ověření daných skutečností. Prověrka poskytuje informace s různým stupněm spolehlivosti v závislosti na jejich povaze a zdroji a v závislosti na účinnosti vnitřního kontrolního systému při jejich zpracování. Existují tři hlavní kategorie písemných informací auditora s různým stupněm spolehlivosti:

- ▶ dokumenty vyhotovené a držené třetí stranou,
- ▶ dokumenty vyhotovené třetí stranou a držené organizační jednotkou,

⁹⁰ Srov. *Auditorské směrnice č. 6: Významnost a auditorské riziko*. Praha: Komora auditorů ČR, 2006.

⁹¹ Srov. *Auditorské směrnice č. 2: Postupy získávání důkazních informací při auditu*. Praha: Komora auditorů ČR, 2006.

► dokumenty vyhotovené a držené organizační jednotkou.

Prohlídka (fyzická inventura) hmotných aktiv poskytuje spolehlivou informaci o jejich existenci, nikoliv však již spolehlivou informaci o jejich vlastnictví nebo ocenění.

Pozorování spočívá ve sledování činností, skutečností nebo postupů prováděných jinými osobami. Například auditor může pozorovat fyzickou inventuru zásob prováděnou zaměstnanci účetní jednotky, nebo průběh vnitřních kontrolních postupů, které nezanechávají písemné podklady pro audit. Pozorování poskytuje spolehlivé informace o průběhu procesu a postupech v době pozorování, nikoliv však o celém období.

Dotazování spočívá v hledání vhodných informací u osob uvnitř auditované jednotky nebo mimo ní. Dotazování se může pohybovat od písemných dotazů adresovaných třetí straně až po neformální ústní otázky položené pracovníkům účetní jednotky. Odpovědi na dotazy mohou auditorovi poskytnout buď nové informace nebo mu mohou potvrdit získané poznatky.

Potvrzování se skládá z odpovědi na dotaz, který má potvrdit informace získané z účetnictví. Auditor například běžně vyžaduje potvrzení pohledávek přímým spojením s odběratelem.

Stupeň spolehlivosti těchto odpovědí závisí na kompetentnosti, zkušenostech a nezávislosti odpovídajícího.

Výpočty zahrnují kontrolu aritmetické správnosti prvotních dokladů a zápisů, nebo provádění nezávislých propočtů⁹².

Analytické postupy spočívají ve studiu významných poměrových ukazatelů a trendů a zkoumání neobvyklých výkyvů a položek. Jejich použití závisí na okolnostech auditu. Je třeba podrobně prověřit příčiny neobvyklých a neočekávaných odchylek resp. očekávané odchylky, které však nenastaly. Získaná vysvětlení musí auditor vyhodnotit a posoudit, zda jsou v souladu s jeho

⁹² Srov. *Auditorské směrnice č. 8: Výběr vzorků*. Praha: Komora auditorů ČR, 2006.

dosavadními znalostmi. Analytické postupy je možno použít ve všech fázích auditu při plánování auditu, provádění testů a vyhodnocování výsledků.

Analytické postupy⁹³ zahrnují, pokud je to považováno za relevantní, porovnání auditované informace, například:

- ▶ se srovnatelnými informacemi za předchozí období,
- ▶ s předem stanovenými nebo předpokládanými výsledky jednotky jako např. výrobní plány, rozpočty, finanční prognózy nebo očekávání auditora,
- ▶ s obdobnými informacemi v rámci odvětví, jako je např. porovnání poměru tržeb a pohledávek s odvětvovým průměrem nebo s ostatními účetními jednotkami srovnatelné velikosti v rámci stejného odvětví.

Analytické postupy mohou také zahrnovat posuzování vztahů mezi:

- ▶ řízenou dokumentací a skutečností,
- ▶ finančními informacemi a relevantními jinými informacemi, jako je např. porovnání mzdových nákladů s počty zaměstnanců.

Při uplatňování výše uvedených postupů je možné použít různé metody. Ty zahrnují velmi jednoduchá srovnání až komplexní analýzy využívající složité statistické techniky. Analytické postupy se mohou použít při ověření konsolidované účetní závěrky, účetní závěrky jednotlivých účetních jednotek nebo jejich organizačních celků a na jednotlivé položky účetní závěrky. Při výběru postupů, metod a rozsahu použití se auditor řídí svým profesionálním úsudkem. Analytické postupy se používají k těmto účelům:

a) jako pomůcka auditora při plánování povahy, času a rozsahu ostatních auditorských postupů⁹⁴,

b) při testech věcné správnosti, jestliže jejich použití při snižování zjišťovacího rizika je u specifických skutečností v rámci auditu efektivnější nežli testování detailů⁹⁵,

⁹³ Srov. *Auditorské směrnice č. 17: Analytické postupy*. Praha: Komora auditorů ČR, 2006.

⁹⁴ Srov. *Auditorské směrnice č. 5: Plánování auditu*. Praha: Komora auditorů ČR, 2006.

c) v závěrečné fázi auditu.

XI Plán auditu

Datum konání: 18/3/2008⁹⁶

Auditoři: Kalenda, Dolejš

Cíl auditu

Poskytnout přiměřené ujištění o shodě prováděných procesů s řízenou dokumentací.

Forma auditu

U hlavních procesů bude vybrán klient, sebrána dokumentace a prověřen postup u hlavních procesů ve shodě se standardy (Marketing služby, Kontraktace služby, Plánování služby, Poskytování služby, proces Ukončení poskytování služby nebude prověřován).

U řídicích procesů (Řízení služeb, Řízení kvality služeb, Dokumentace služeb, Řízení rizik služeb, Řízení znalostí pro služby) bude ověřena znalost a dodržování řídicí dokumentace u vybraných řídicích pracovníků.

U podpůrných procesů (Účetnictví, Personální a mzdová administrace, Správa budov a vozidel, IT a správa dat, Stravování, Nákup) proběhne kontrola vybraných instancí procesu a ověření dodržování vnitřních předpisů u výkonných pracovníků na místě výkonu.

Časový harmonogram

08:00-08:30 Projednání plánu auditu s vedením

08:30-09:00 Výběr klienta a zajištění dokumentace

09:00-10:00 Ověření dokumentace

10:00-13:00 Řízené pohovory s vybranými pracovníky

⁹⁵ Srov. *Auditorské směrnice č. 22: Srovnatelné informace*. Praha: Komora auditorů ČR, 2006.

⁹⁶ Plán auditu DSJ. Viz: <<http://dsj-plzen.blogspot.com/2008/03/pln-audit.html>>

13:30-16:00 Řízené pohovory s vybranými pracovníky

16:00-16:30 Projednání výsledku auditu s vedením

Podmínky auditu

Všichni pracovníci jsou povinni s auditory v plné míře spolupracovat a na vyžádání jim poskytnout veškerou dokumentaci.

Plán ověřování

Proces: Marketing služby

Ověřovaná instance - klient: xxx, neúspěšný žadatel

Přítomni: Vedoucí, Sociální pracovník, Klíčový pracovník klienta

S01-3 Klient odpovídá určenému okruhu uživatelů.

S03-2 Existuje záznam jednání zájemce o službu se sociálním pracovníkem, ze kterého jsou zřejmé jeho cíle a zhodnocení vhodnosti služby.

S03-3 Archivované aktualizací dotazníky neúspěšnému žadateli.

Proces: Kontraktace služby

Ověřovaná instance - klient: xxx

S04-1 Písemná smlouva má všechny náležitosti a je založena ve složce klienta.

S04-2 Klient svým podpisem stvrdil, že rozuměl obsahu a účelu smlouvy.

S04-3 Existuje doklad o individualizaci služby při kontraktaci.

Proces: Plánování služby

S05-1 Existuje doklad o měsíčních revizích plánování služeb.

S05-2 Klient zná svého klíčového pracovníka. Ten zná individuální plán.

S05-3 Existuje individuální 1x měsíčně vyhodnocovaný plán.

S05-4 Existuje hodnocení naplňování osobních cílů.

Proces: Poskytování služby

Ověřovaná instance - klient: xxx

S13-2 Hygienické vybavení a zařízení pokoje odpovídá provoznímu řádu.

S13-1 Stravování, úklid, ubytování, zdravotní a ošetrovatelská péče jsou poskytovány v souladu s potřebami klienta.

Proces: Řízení služeb

Ověřovaná instance - pracovník: xxx

Přítomni: Vybraný pracovník

S01-1 Pracovník zná poslání DSJ.

S01-2 Pracovník zná cíle DSJ a ví, čím je osobně naplňuje.

VP14 Rozpis služeb je dodržen a odpovídá ZP.

Proces: Řízení kvality služeb

Ověřovaná instance - pracovník: xxx, vybraná stížnost, dar

Přítomni: Vybraný pracovník, vybraný klient

S01-6 Pracovník zná pravidla přístupu ke klientům.

S02-1 Pracovník zná pravidla ochrany práv klientů.

S02-3 Dar splňuje požadované náležitosti.

S07-1 Klient zná způsob podávání a vyřizování stížností.

S07-2 Klient ví, komu si má stěžovat.

S02-2,S07-3 Vybraná stížnost byla vyřízena včas, řádně a dokumentovaně.

S15-1 Existuje doklad o promítnutí stížností do cílů.

Proces: Dokumentace služeb

Ověřovaná instance - klient: xxx, vybraný pracovník

Přítomni: Vedoucí, vybraný pracovník

S06-1 Existuje písemný souhlas s využitím osobních údajů ve smlouvě.

S06-1 Přístup do el. dokumentace je chráněn silným heslem. Hesla nejsou volně dostupná, pracovníci je nesdílí.

S06-2 Pracovník zná pravidla mlčenlivosti.

S06-3 Existují protokoly o skartaci.

Proces: Řízení rizik služeb

Ověřovaná instance - vybraný pracovník, vybrané riziko

Přítomni: Vybraný pracovník

S14-1 Existuje evakuační řád.

S14-2 Pracovník zná postup při evakuaci objektu.

S14-2 Pracovník zná postup při zjištění krádeže.

S14-3 Vzniklé riziko je dokumentováno.

Proces: Řízení znalostí pro služby

Ověřovaná instance - vybraný pracovník

Přítomni: Vybraný pracovník, Vedoucí

S09-2 Pracovník zná své kompetence, pracovní náplň a stvrdil ji.

S09-3 Pracovník byl proškolen a stvrdil to.

S10-1 Existuje aktualizované hodnocení pracovníka.

S10-2 Pracovník má zpracovaný plán vzdělávání.

S10-3 Pracovník zná způsob předávání informací o službě.

S10-4 Pracovník má stanovená jasná motivační kritéria.

S10-5 Pracovník ví, že může využít podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka.

Proces: Personální a mzdová administrace

Ověřovaná instance - vybraný pracovní poměr

Přítomni: Vedoucí, vybraný pracovník

S09-3 Bylo provedeno nástupní hodnocení pracovníka.

VP20 Pracovní smlouva má náležitosti podle ZP.

VP20 Rozvázání pracovního poměru má náležitosti podle ZP.

Proces: Správa budov a vozidel

Ověřovaná instance - aktuální stav

Přítomni: Správce budovy

VP42 Manipulace s prádlem je řádná. Pracovníci znají a dodržují předpisy.

VP42 Manipulace s odpady je řádná. Pracovníci znají a dodržují předpisy.

VP42 Úklid je řádný. Pracovníci znají a dodržují předpisy.

Proces: IT a správa dat

Ověřovaná instance - aktuální stav

Přítomni: Vybraný pracovník

VP42 Data jsou pravidelně zálohována na bezpečném místě.

VP42 Počítače nejsou zneužívány k osobním účelům.

Proces: Stravování

Ověřovaná instance - aktuální stav

Přítomni: Vedoucí kuchař

VP42 Manipulace se stravou je řádná.

Proces: Nákup

Ověřovaná instance - vybraný nákupní případ

Přítomni: Vedoucí provozu

VP42 Nákupní příklad je dokladován.

VP42 Existuje evidence investic a drobného majetku.

VP42 Vybraný majetek fyzicky existuje.

VP42 Věcná evidence odpovídá účetní evidenci.

XII Protokol o auditu

Datum konání: 18/3/2008⁹⁷

Auditoři: Kalenda, Dolejš

Při auditu byly zjištěny tyto odchylky od požadavků standardů a další řízené dokumentace:

- a) Požadavek: S01-3 Klient odpovídá určenému okruhu uživatelů.
Výsledek: V DSJ je historicky řada klientů, kteří nesplňují definované podmínky pro uživatele.
Závažnost: Systémová odchylka.
- b) Požadavek: S05-4 Existuje hodnocení naplňování osobních cílů.
Výsledek: Nejsou plánovány cíle klienta, jsou zaznamenány jen jeho přání a výhrady.
Závažnost: Kritická výhrada.
- c) Požadavek: VP14 Rozpis služeb je dodržen.
Výsledek: Rozpis práce je obecný, řada úkonů není vůbec plánována.
Závažnost: Systémová odchylka.
- d) Požadavek: S02-1 Pracovník zná pravidla ochrany práv klientů.
Výsledek: Více pracovníků nezná definici pojmu stížnost a nezná přesný postup, jak při podání stížnosti klientem postupovat.
Závažnost: Kritická výhrada.
- e) Požadavek: S06-1 Zdravotnická a sociální dokumentace je vedena odděleně a řádně. U všech zdravotních úkonů je zdokumentováno kdo a kdy úkon provedl.
Výsledek: Provedení zdravotnických úkonů je dokumentováno neprokazatelně a se zpožděním – u řady úkonů nelze zpětně dohledat, kdo a kdy úkon

⁹⁷ Protokol o auditu z 18/3/2008.

Viz: < <http://dsj-plzen.blogspot.com/2008/03/protokol-z-audit.html> >

provedl. Deník služeb je dopisován zpětně až při ukončení služby, není zajištěn proti zpětnému přepisu (stránky nečíslovány). Sociální dokumentace je vedena na více místech.

Závažnost: Kritická výhrada. Systémová odchylka.

- f) Požadavek: S06-2 Pracovník zná pravidla mlčenlivosti.

Výsledek: Pracovník předal citlivou dokumentaci třetí osobě k nahlédnutí.

Závažnost: Kritická výhrada.

- g) Požadavek: S14-2 Pracovník zná postup při vzniku rizika.

Výsledek: Více pracovníků neznalo předepsaný postup při vzniku požáru ani pro další rizika.

Závažnost: Kritická výhrada.

- h) Požadavek: S14-3 Vzniklé riziko je dokumentováno.

Výsledek: Přestože prokazatelně došlo k menšímu požáru, nebylo toto riziko zaznamenáno (zdokumentováno).

Závažnost: Věcná výhrada.

- i) Požadavek: S10-2 Pracovník má zpracovaný plán vzdělávání a zná ho.

Výsledek: Pracovníci mimo řídicích pozic neznají svůj plán vzdělávání, zaměňují ho se supervizí.

Závažnost: Věcná výhrada.

Výrok auditora

Kritické výhrady. Auditované procesy nespĺňujú požadavky stanovené standardy kvality a ďalší řízenou dokumentací.

Vyjádření vedení jednotky k výsledkům auditu

Vedení projednalo výsledky auditu a přijímá jeho závěry jako závazné pro zlepšení příslušných procesů, provedení systémových změn a kontrolní činnost v operativní práci.

Zjištěné nedostatky budou odstraněny v rámci navržených nápravných opatření.

XIII Nápravná opatření k auditu

Stanoveno dne 19/3/2008⁹⁸

Systemová opatření:

1. Provést změnu informačního systému vedení zdravotnické dokumentace tak, aby provedení zdravotních úkonů bylo zdokumentováno prokazatelně a nebyla nutná duplicita záznamů.

Odpovídá: Vedoucí domova

Termín: 30/4/2008

2. Provést změnu informačního systému plánování služeb a úkonů tak, aby bylo prokazatelné přidělení úkonu a systém umožnil kapacitní plánování.

Odpovídá: Vedoucí domova

Termín: 30/4/2008

Provozní opatření:

3. Provést opětovné proškolení zaměstnanců k postupům pro vybraná rizika a ověřit jejich skutečné znalosti.

Odpovídá: Vedoucí provozu

Termín: 30/4/2008

4. Na pracovních poradách provést vyjasnění pojmu stížnost a zopakovat stanovený postup jejího vyřizování. Připomenout způsob zacházení s citlivými osobními údaji a dokumentací. Průběžně kontrolovat.

Odpovídá: příslušný vedoucí

Termín: 30/4/2008

5. Proškolit klíčové pracovníky na stanovování osobních cílů s klienty a ověřit podle dokumentace, zda je stanovují.

Odpovídá: Sociální pracovník

Termín: 30/4/2008

⁹⁸ *Nápravná opatření k auditu.*

Viz: < <http://dsj-plzen.blogspot.com/2008/03/napravna-opatreni-k-auditu.html> >

XIV Dotazník pro zaměstnance

Pro odpovědi byla k dispozici škála:

- ▶ ano
- ▶ spíše ano
- ▶ spíše ne
- ▶ ne

Otázky:

1. Přispělo zavedení standardů kvality ke zvýšení péče o klienta?
2. Hodnotí pozitivně klienti novou formu plánování služby?
3. Zlepšilo individuální plánování Váš vztah ke klientům?
4. Zvýšilo individuální plánování aktivitu klientů?
5. Zvýšilo zavedení standardů Vaše pracovní zatížení?
6. Došlo zavedením standardů ke zpřehlednění a vyjasnění práce?

XV Strukturovaný pohovor

Byly kladeny následující otázky, které byly uvedeným způsobem kódovány:

1. Jak vnímáte svůj život zde v DSJ?
 - ▶ pozitivně, optimisticky
 - ▶ spíše pozitivně
 - ▶ spíše negativně
 - ▶ negativně, bez naděje
2. Jaké máte zájmy, záliby, případně koníčky?
 - ▶ aktivní zájem, koníčky, záliby
 - ▶ spíše aktivní zájem
 - ▶ spíše pasivní přístup
 - ▶ negativní přístup, apatie
3. Jaké možnosti v rámci vašich zálib vám DSJ nabízí?
 - ▶ široká škála, možnost výběru
 - ▶ lze si vybrat
 - ▶ málo možností
 - ▶ nezajímá se, nechce

4. Jaké máte osobní cíle a čeho byste chtěl/a dosáhnout?

- ▶ přesné osobní cíle a představy spojené s osobní změnou
- ▶ méně konkrétní cíle
- ▶ spíše obecné představy
- ▶ úzkost, strach, negativní očekávání, apatie

XVI Výsledky výzkumu zavedení standardů kvality

Tabulka 3: Hodnocení zavedení standardů kvality zaměstnanci⁹⁹

Pohled zaměstnanců na zavedení standardů	ano	spíše ano	spíše ne	ne
Přispělo zavedení standardů kvality ke zvýšení péče o klienta?	2	5	2	1
Hodnotí pozitivně klienti novou formu plánování služby?	1	3	4	2
Zlepšilo individuální plánování Váš vztah ke klientům?	3	4	3	0
Zvýšilo individuální plánování aktivitu klientů?	1	2	5	2
Zvýšilo zavedení standardů Vaše pracovní zatížení?	4	3	2	1
Došlo zavedením standardů ke zpřehlednění a vyjasnění práce?	1	5	3	1

Tabulka 4: Hodnocení zavedení standardů kvality klienty¹⁰⁰

Zavedení standardů Pohled klientů	před zavedením				po zavedení			
	pozitivní	spíše pozitivní	spíše negativní	negativní	pozitivní	spíše pozitivní	spíše negativní	negativní
Čelkové vnímání	1	3	3	1	2	4	1	0
Zájmy	2	2	3	0	2	3	2	0
Uplatnění	1	2	2	2	2	3	1	1
Osobní cíle	0	2	3	2	2	2	2	1

⁹⁹ *Hodnocení zavedení standardů kvality zaměstnanci*. Interní materiál DSJ. 2/2008.

¹⁰⁰ *Hodnocení zavedení standardů kvality klienty*. Interní materiál DSJ. 3/2008.

Tabulka 5: Náklady na vzdělávání pracovníků¹⁰¹

Vzdělání	místní sestry	místní peč.	externí sestry	externí peč.	Sestry Kč	Peč. Kč	Celkem Kč	účast sestry	účast peč.	Celkem účast
2004	2	0	1	0	5 200	0	5 200	5	10	15
2005	8	6	7	0	11 600	5 100	16 700	5	10	15
2006	24	31	14	7	59 200	17 100	76 300	5	12	17
2007	43	75	27	12	141 100	55 300	196 400	8	14	22
2008 (I-III)	12	17	7	5	37 000	11 600	48 600	8	14	22
2008 plán	48	68	28	20	150 000	50 000	200 000	8	14	22

Komentář:

Místní vzdělání – vzdělání organizované v naší vzdělávací učebně - počítány průměrné režie, platba přednášejícím (někteří přednáší zdarma) - jednorázové akce nebo kvalifikační vzdělání sanitář, pečovatel.

Externí vzdělání – jednotlivé akce dle nabídek nebo dlouhodobé kurzy, zahraniční stáže, pomaturitní specializační studium.

¹⁰¹ *Finanční plán DSJ 2008. Interní materiál DSJ. 1/2008.*

ABSTRAKT

KUČEROVÁ, L. *Standardy kvality sociálních služeb a jejich zavádění v pobytovém zařízení domova pro seniory*. České Budějovice 2008. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie. Vedoucí práce M. Elichová.

Klíčová slova: sociální služby, rezidenční zařízení pro seniory, kvalita sociálních služeb, standardy sociálních služeb, řízená dokumentace, ISO 9001, interní audit, inspekce kvality

Práce popisuje vznik standardů kvality pro oblast sociálních služeb a uvádí je do kontextu s aktivitami týkajícími se demografického vývoje a s komunitním plánováním. Podrobně rozebírá věcné požadavky standardů s ohledem na rezidenční zařízení pro seniory.

Praktická část se věnuje implementaci těchto standardů v Domově pro seniory sv. Jiří v Plzni. Popisuje postup vytvoření potřebné řídicí dokumentace, její strukturu i technické řešení. Dále dokumentuje postup změn procesů a dopady do chování zaměstnanců i nové požadavky na jejich znalosti a kompetence. Těžiště práce spočívá v popisu forem ověření, zda se podařilo standardy kvality do praxe prosadit a s jakým výsledkem.

V závěru práce jsou shrnuty dosažené výsledky – tedy zda a jak zavedení standardů zvýšilo spokojenost klientů, jak ovlivnilo způsob práce zaměstnanců a také s jakými náklady bylo nasazení standardů spojené. Všechna tato zjištění shrnuje do zásad dobré praxe, které mohou využít i další zařízení sociálních služeb obdobného typu.

ABSTRACT

Quality standards for social services and their implementation in residential senior care

Keywords: Social Services, Residential Senior Care, Quality Standards for Social Services, Governance Documentation, ISO 9001, Internal Audit, Quality Inspection

A Genesis and formulation quality standard for social care is related to demographic trends and were going in context with community planning. Specific requirements are assigning for residential senior care.

An implementation quality standard was accomplished in institution “Domov pro seniory sv. Jiří v Plzni” (DSJ), that provide residential social services for senior citizens. In DSJ was created governance documentation ISO 9001 compatible in intranet environment and requirements of standards was performing in processes. This change was connected with deep transformation in staff behavior and knowledge. Success was verified by internal audit, witch was served as training for quality inspection as well.

Quality standards implementation was improved client satisfaction, but last not leased was increased education costs. Documented knowledge of this project is applicable as best practices for similar service providers.