

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta**

**Zavádění standardů kvality sociálních služeb
v rezidenčních službách v kraji Vysočina**

Diplomová práce

Autor: Bc. Alena Řehořová

Vedoucí diplomové práce: Doc. Ing. Lucie Kozlová, Ph.D.

2008

Abstract

The thesis focuses on the issues of Quality Standards and the process of their application in the residential services in Vysočina region.

The aim of my thesis is to map the present situation concerning the introduction of Quality Standards in social services in residential facilities in Vysočina region.

The introductory theoretical part of my thesis contains sections related to social services. Definitions of basic concepts and sections which are related to chosen topic are explained here. It also contains the description of settings and context of the work.

In the practical part the subject is narrowed to the topic of introducing Quality Standards in social services in relation to providers of social services, and to old people's and handicapped people's homes and special treatment facilities. The results of a questionnaire inquiry, conversations with directors of organizations and workers in direct care are presented and compared. This process is interlaced with the analysis of documents used in filling out the questionnaire that have a direct connection to fulfilling the criteria of social services quality.

In the discussion and summary the essential research results are discussed. In relation to introducing Quality Standards in social services it will be necessary to change especially the attitude to users of social services. An important landmark here is the legal codification of Quality Standards in social services in relation to the Social Services Act.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci na téma „Zavádění standardů kvality sociálních služeb v rezidenčních službách v kraji Vysočina“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 5. 5. 2008

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla velmi poděkovat vedoucí své diplomové práce Doc. Ing. Lucii Kozlové, Ph.D. za její vstřícnost, trpělivost, ochotu a cenné rady, kterými přispěla ke konečné verzi této diplomové práce. Současně bych chtěla poděkovat svému manželovi a rodině, za jejich ohleduplnost a toleranci po celou dobu mého studia, hlavně v jeho závěru.

Obsah:

Úvod	7
1. Současný stav	
1.1. Demografické ukazatele.....	10
1.1.1 Charakteristika území kraje Vysočina.....	13
1.1.2. Předpokládaný vývoj populace v kraji Vysočina	14
1.1.3. Vybavenost území sociálními službami.....	15
1.2. Stárnutí obyvatelstva a jeho důsledky.....	17
1.3. Standardy kvality sociálních služeb.....	19
1.3.1. Základní charakteristika standardů kvality sociálních služeb.....	19
1.3.2. Typy kritérií při vymezování standardů kvality sociálních služeb.....	20
1.4. Sociální služby a lidská práva.....	22
1.4.1. Sociální služby v pojmech a významech.....	23
1.4.2. Lidská práva.....	24
1.5. Kvalita sociálních služeb.....	26
1.5.1. Hlavní zásady kvality sociálních služeb.....	28
1.6. Sociální a veřejná správa.....	29
1.6.1. Účastníci sociální správy.....	30
1.6.2. Působnost orgánů veřejné správy.....	31
1.7. Legislativa.....	32
1.8. Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb.....	38
1.8.1. Koncepce podpory transformace ústavní sociální péče o osoby se zdravotním postižením.....	39
1.8.2. Koncepce podpory transformace sociálních služeb pro seniory.....	39
1.9. Komunitní plánování	41

1.9.1. Komunitní plánování sociálních služeb a jeho aktéři.....	41
1.9.2. Přínos komunitního plánování pro obce a kraj.....	43
1.10. Dokumenty a koncepce pro oblast sociálních služeb v kraji Vysočina.....	44
1.10.1. Program rozvoje kraje Vysočina.....	44
1.10.2. Vize rozvoje sociálních služeb.....	45
1.10.3. Projekty realizované s cílem naplňování vize.....	46
2. Cíle práce a hypotézy.....	50
2.1. Cíle.....	50
2.2. Hypotézy.....	50
3. Metodika.....	51
3.1. Použité metody.....	51
3.1.1. Dotazník.....	51
3.1.2. Rozhovor.....	53
3.1.3. Analýza dokumentů.....	54
3.2. Složení souboru a jeho charakteristika.....	55
4. Výsledky.....	56
4.1. Výsledky dotazníkové šetření.....	56
4.2. Výsledky rozhovorů.....	77
4.2.1. Výsledky rozhovorů z pohledu vedení organizací.....	77
4.2.2. Výsledky rozhovorů z pohledu pracovníků v sociálních službách.....	80
4.3. Výsledky analýzy dokumentů.....	83
5. Diskuse.....	85
6. Závěr.....	93
7. Klíčová slova.....	96
8. Seznam literatury.....	97
9. Přílohy.....	101

Úvod

Sociální služby jsou mimořádně významnou součástí aktivit státu, samosprávy a nestátních subjektů. Řešení problémů jednotlivců, rodin a skupin občanů ovlivňuje pozitivně sociální klima v celé společnosti. Sociální služby nejsou významné pouze proto, že je potřebuje poměrně velké množství lidí, ale proto, že bez jejich působení by se určitá část občanů nemohla podílet na všech stránkách života společnosti. Docházelo by tak ke znemožnění uplatňovat jejich lidská a občanská práva a také by tato skupina lidí byla ohrožena sociálním vyloučením. Každý občan, ať žije kdekoliv, by měl mít možnost užívat různorodého spektra sociálních služeb. Základní typy sociálních služeb by měly být dostupné v každém území v některé ze svých forem.

Od začátku 90. let byla sociální péče poskytována především prostřednictvím státních organizací. Zahrnovala péči o rodinu a děti, občany těžce zdravotně postižené, staré, občany, kteří potřebují zvláštní pomoc a občany společensky nepřizpůsobené. V rámci sociální péče se poskytovaly určité dávky a služby, které blíže definoval zákon o sociálním zabezpečení. Sociální péče o seniory a osoby se zdravotním postižením byla do roku 1989 především zajišťována ústavní péčí.

Od roku 1990 však zaznamenávají sociální a zdravotní služby obrovský rozvoj. V současné době jsou tyto služby poskytovány státem, kraji a jimi zřizovanými právníckými osobami, obcemi a jejich příspěvkovými organizacemi či organizačními složkami, dalšími právníckými osobami a fyzickými osobami.

Stáváme se ve společnosti svědky řady dosud nepoznaných sociálních jevů a s nimi spojených situací. Jsme konfrontováni s bezdomovci, prostitutí, uprchlíky, nezaměstnanými, domácím násilím apod.

Lidé se zdravotním postižením či senioři nejsou již vykázáni pouze za zdi ústavů, ale sociální služby směřují do jejich přirozeného prostředí, směřují za uživateli a podporují vytvořené sociální vztahy. Služby typu pečovatelské služby, osobní asistence, denních stacionářů, sociálního poradenství pro tyto cílové skupiny dnes zajišťují především nestátní neziskové organizace.

Stále častěji se také hovoří o sociálních službách, které mají být poskytovány v určité kvalitě tak, aby bylo zajištěno hlavní poslání těchto služeb, a to umožnit lidem,

kteří se ocitnou v nepříznivé sociální situaci, využívat přirozených zdrojů, být v kontaktu s ostatními lidmi, žít nezávisle. Hledají se nástroje, jak tuto kvalitu měřit. Kvalita sociálních služeb se odvozuje od určitých základních zásad a jejich naplňování, zejména ve vztahu k uživatelům, kteří jsou na poskytování sociálních služeb určitým způsobem závislí a jsou současně například z důvodu věku, zdravotního postižení oslabeni v prosazování svých práv a oprávněných zájmů.

Vhodným nástrojem k ověřování této kvality jsou standardy kvality sociálních služeb, které jsou zakomponovány do zákona o sociálních službách a jejich bližší obsah je uveden v prováděcím předpisu k tomuto zákonu. Popisují, jak by měla kvalitní služba vypadat, jsou souborem měřitelných a ověřitelných kritérií, jejichž smyslem je průkazným způsobem doložit a posoudit kvalitu poskytované služby. Zásadním rysem standardů je jejich obecnost a použitelnost pro všechny druhy sociálních služeb.

Téma diplomové práce jsem si zvolila proto, abych poukázala právě na problematiku zavádění standardů kvality sociálních služeb tak, jak ji pociťuje vedení organizací, tak i pracovníci, kteří přímo s uživateli služeb pracují a na náročnost naplňování jejich jednotlivých kritérií. Práce je zasazena do prostředí pobytových (rezidenčních) služeb v kraji Vysočina. Poskytovatelé sociálních služeb obecně se v současné době nacházejí v období obrovských změn, které byly podpořeny účinností zákona o sociálních službách. Mezi tyto významné změny patří i kladení důrazu na to, aby poskytované služby byly kvalitní a prospěšné ve vztahu k jejich uživatelům.

V diplomové práci se zaměřím na oblast standardů kvality sociálních služeb ve vztahu k pobytovým (rezidenčním) službám v kraji Vysočina a jejich aplikaci do prostředí domovů pro seniory, domovů pro osoby se zdravotním postižením a domovů se zvláštním režimem.

Cílem této práce bude zmapování vzdělávání poskytovatelů sociálních služeb v rezidenčních zařízeních v kraji Vysočina v oblasti zavádění standardů kvality sociálních služeb a popis současného stavu naplňování standardů kvality sociálních služeb.

Bude mně zajímat, jakým způsobem jsou či budou standardy aplikovány, jaká očekávání od zavádění standardů kvality mají poskytovatelé, zda dojde ke změnám

v přístupech s ohledem na poskytovanou službu a jak bude ovlivněn aplikací standardů jejich přístup k uživatelům.

Předkládána práce je rozčleněna do tří základních kapitol, které jsou dále členěny na jednotlivé podkapitoly. V první části se věnuji teoretickému vymezení současné situace a souvisejících oblastí a základních pojmů. Druhá část se soustřeďuje na výzkumnou otázku, je zde popsána volba metody, definice výběrového souboru a strategie výzkumu. Poslední část je věnována interpretaci dat získaných výzkumem.

1. Současný stav

1.1. Demografické ukazatele

Stárnutí obyvatelstva (zvyšování zastoupení obyvatelstva vyššího věku v celkové populaci) je způsobeno zejména poklesem úrovně porodnosti a prodlužováním střední délky života. V rozvinutých zemích začal tento proces začátkem 20. století, dnes je patrný i v rozvojových zemích (35).

Současná demografická situace v ČR se podobně jako ve většině evropských zemí projevuje celkovým stárnutím populace, což se projevuje snižováním podílu nejmladších věkových skupin na celkové věkové skladbě populace. Příčinu lze spatřovat v klesající míře porodnosti a rostoucím počtu seniorů v důsledku prodlužování střední délky života populace (41).

Podle doporučení Světové zdravotnické organizace se populace pokládá za demograficky starou, když v ní žije více než 7% 65-ti letých a starších. V Evropě přesáhly tuto hranici všechny státy (41).

Demografické prognózy jasně ukazují, že proces stárnutí populace výrazně mění strom života. Ve vzrůstajícím podílu starších lidí přibude osob nad 80 let věku, které se bez pomoci jiné osoby či instituce v některých základních životních úkonech neobejdou. Na tuto skutečnost je nutné se připravit a podporovat rozvoj sociálních služeb a systému zdravotní péče tak, aby dokázaly reagovat na novou demografickou situaci (1).

Podstatná většina starých osob bude požadovat, stejně jako nyní, žít ve své domácnosti za podpory sociálních služeb. Pokud se tento propagovaný trend domácí péče o seniory uskuteční, bude zajisté přínosem i pro současnou střední a mladou generaci (1).

Z údajů Českého statistického úřadu se přepokládá podle střední varianty populační projekce, že podíl seniorské populace nad 60 let věku se bude zvyšovat, a to na 23,4% v roce 2010, dále na 27,7% v roce 2020 a na 30,6% v roce 2030. Stárnutí populace tak

povede ke změně demografické struktury obyvatelstva a bude mít své sociální a ekonomické důsledky (2).

Prodlužování lidského života způsobené snižováním úmrtnosti nejlépe dokumentuje populace úmrtnostních tabulek, a to jak v ukazateli naděje na dožití, tak ve zvyšujících se počtech osob dožívajících se vyššího věku. Podle těchto tabulek se v České republice v současnosti dožívá věku 60 let přibližně o 40% více osob než ve dvacátých letech. Oproti tabulkové generaci narozených v roce 1939 to již bylo téměř 82 tis. mužů a 92 tis. žen. Po téměř třicetiletém období stagnace úrovně úmrtnosti a zaostávání za vyspělými evropskými zeměmi, v některých letech dokonce zhoršováním zdravotního stavu především mužů, se začala měnit situace v období let 1985-1987. Projevovalo se to nejen poklesem počtu zemřelých osob, ale především v prodlužování naděje na dožití. V roce 1996 poprvé v historii ČR překročila u mužů střední délka života při narození sedmdesát let (70,37) a u žen přesáhla sedmdesát sedm let (77,27). Naděje dožití mužů ve věku 65 let, která v roce 1989 činila 11,7 let dosáhla v roce 1999 hodnoty 13,6 let, u žen 15,1, resp. 16,9 let. Na prodloužení naděje na dožití mezi roky 1989 a 1999 ale nejvýrazněji přispělo snížení úmrtnosti na tzv. předčasná úmrtí (ve věku 0-64 let) z 60% u mužů a ze 40% u žen. Pokles intenzity úmrtnosti měl zejména významu u mužů věkové skupiny 0-64 let, v níž byla úroveň úmrtnosti českého obyvatelstva ve srovnání s vyspělými zeměmi nejvíce rozdílná (35).

Populační chování obyvatel odráží územní rozdíly v sociálních a ekonomických podmínkách života lidí. Tyto podmínky se v transformačním období výrazně diferencovaly. Přesto současné rozdíly ve věkových profilech okresů, posuzované z hlediska procesu populačního stárnutí, naznačují nejen přetrvávání územních vzorců ve věkové diferenciaci, ale i snižování rozdílností mezi okresy. To dokládá na jedné straně všeobecné šíření změn v demografickém chování české populace, ale na straně druhé i vliv specifických deformací regionálního vývoje, tj. výrazné snížení migrační mobility a nepřírozené změny v orientaci migrace (nedostatek bytů v atraktivních oblastech) (35).

Populaci s vyšším zastoupením seniorů vykazují zejména velká města a jejich zázemí, naopak obyvatelstvo s vyšším podílem dětí mají především okresy pohraničí.

V roce 1999 měla nejstarší obyvatelstvo tři města: Praha, Brno a Plzeň; počet osob nad 65 let zde převýšil počet dětí do 15 let. Srovnatelné hodnoty s velkoměsty vykázaly některé okresy Středočeského a Plzeňského kraje (Kolín, Nymburk a Rokycany a Plzeň-jih). Obyvatelstvo starších věkových skupin má dále vyšší zastoupení v menších obcích které v předchozích desetiletích byly silně emigrační. Z větších měst se naopak lidé v důchodovém věku častěji stěhují do obcí menších (35).

Zvýšení naděje na dožití lze pozorovat ve všech okresech České republiky. Pokles úrovně úmrtnosti ale nezměnil základní regionální rozdíly z hlediska úrovně. Nejvyšší úroveň úmrtnosti při narození i ve věku 65 let dlouhodobě vykazují okresy severozápadu Čech, zejména pánevní okresy, naopak trvale příznivá je situace ve většině okresů jižní Moravy a východních Čech. Tradičně mají také jednu z nejnižších úrovní úmrtnosti muži žijící ve vysoce urbanizovaných okresech, u žen dochází k přibližování se tomuto prostorovému vzorci až v posledním desetiletí. Dřívější nadúmrtnost žen velkých měst (zejména na novotvary) bývala dávana do souvislosti s nedostatečnou infrastrukturou, která kladla značné nároky na kvalitu života žen velkoměst. Nejvyšší naděje dožití věku 65 let mají pro obě pohlaví okresy Brno-venkov, Brno-město, Hradec Králové a Náchod, u mužů dále Třebíč a Praha, u žen naopak okresy Šumperk a Jihlava (35).

Regionální demografická specifika a z nich vyplývající výhled do budoucna by měl být zohledněn v koncepcích regionálního rozvoje. V regionech s nižším indexem stáří je nutno předpokládat potřeby cíleně zaměřených služeb pro mladší populaci (např. pediatrická oddělení) a vyšší náklady na pokrytí příspěvků na péči o dítě či síť školského systému. Naopak v regionech s vyšším indexem stáří budou vyšší náklady na poskytování péče seniorům. Zlepšení životních podmínek a výtěžky lékařské péče a její technologie přispěly významně k prodloužení naděje dožití, ke zvýšení věku, ve kterém se člověk stává závislým. Vzhledem k tomu, že náklady na zdravotní péči vzrůstají s věkem, budou ovšem i náklady stále vyšší. Otázkou při tom zůstává umělá indukce některých forem péče – nadbytečné diagnostikování, intervenční postupy, dlouhodobé hospitalizace, supluující do jisté míry rozsáhlejší a efektivnější prevenci (35).

V 21. století bude demografické stárnutí, v důsledku prodloužení naděje dožití a snížení úrovně plodnosti pod hranici reprodukce, velice významným jevem. Podle populační prognózy světa do roku 2050 vypracované OSN lze očekávat, že stárnutí populace zemí EU bude pokračovat tak, že v roce 2050 téměř 29% obyvatel budou tvořit lidé starší 65 let. Třináctiprocentní zvýšení podílu seniorů v populaci EU mezi roky 2000 a 2050 představuje zvýšení počtu seniorů z 62 mil. na 96 mil. osob. V ČR se podle prognózy očekává radikální změna věkových struktur – prohloubení procesu stárnutí populace. Změna podílu seniorů v populaci přesáhne v období 2000 – 2050 úroveň 20%, resp. z hodnoty 14% v roce 2000 dosáhne 33%. Stagnace podílu dětské populace, ke kterému pravděpodobně dojde zemích EU kolem roku 2015, se očekává u populace ČR s dvacetiletým odstupem (35).

1.1.1. Charakteristika území kraje Vysočina

Pro popis současného stavu byly údaje čerpány ze Statistické ročenky kraje Vysočina 2006.

Kraj Vysočina má centrální polohu v rámci ČR. Sousedí s krajem Jihočeským, Středočeským, Pardubickým a Jihomoravským, se kterým vytváří oblast NUTS 2 za podpory regionálního rozvoje. Od sousedních regionů se kraj se odlišuje členitostí území, vyšší nadmořskou výškou a řídkým osídlením.

Rozlohou 6 976 km² (1. 1. 2005) se kraj řadí mezi regiony nadprůměrné velikosti – pouze čtyři kraje ČR mají větší plošnou velikost.

Území kraje Vysočina se administrativně člení na 5 okresů (Jihlava, Třebíč, Havlíčkův Brod, Pelhřimov a Žďár nad Sázavou), dále na 15 správních obvodů obcí s rozšířenou působností a 26 obvodů pověřených obecních úřadů. Základní samosprávnou jednotkou jsou obce, kterých je v kraji 704 (stav k 1. lednu 2005). Průměrná populační velikost obce na Vysočině je 725 obyvatel, což je nejméně ze všech krajů ČR. V kraji jsou nejčteněji zastoupeny obce s počtem obyvatel menším než 500. Statut města má v současnosti 33 obcí kraje, což je v rámci ČR vzhledem k velikosti kraje mírně podprůměrné.

K 1. lednu 2006 žilo na Vysočina 510 767 obyvatel, což představuje čtvrtou nejnižší lidnatost mezi kraji ČR. Hustota obyvatelstva je 75 obyvatel na km². Podíl obyvatel ve věku na 65 let je v kraji 14,4% (5).

1.1.2. Předpokládaný vývoj populace v kraji Vysočina

Prognóza vývoje obyvatelstva kraje Vysočina zpracovaná podle dat ČSÚ ukazuje projekce do roku 2020.

Tabulka 1 Vývoj obyvatelstva kraje Vysočina do roku 2020

území	r. 2005	r. 2010	r. 2015	r. 2020
Havlíčkův Brod	94 705	94 287	93 514	92 191
Jihlava	108 990	109 020	108 590	107 507
Pelhřimov	72 997	72 420	71 524	70 232
Třebíč	117 593	117 983	118 094	117 551
Žďár nad Sázavou	127 295	128 116	128 396	127 901
kraj Vysočina	521 580	521 826	520 118	515 381

Zdroj: Český statistický úřad

Vývoj věkové struktury obyvatelstva v kraji Vysočina v období 2005 – 2020 by měl být následný:

Tabulka 2 Věková struktura obyvatelstva kraje Vysočina 2005 - 2020

věková skupina	rok					
	1991	2001	2005	2010	2015	2020
0 – 14 let (%)	22,2	17,6	15,9	15,2	15,4	14,8
15 – 59 let (%)	60,4	64,1	64,6	63,0	60,7	59,6
60 a více let (%)	17,4	18,3	19,5	21,8	23,9	25,6
Index stáří	78,4	106,2	122,2	143,8	155,4	172,5

Zdroj: Český statistický úřad

Z předložené projekce je zřejmé, že i kraj Vysočinu čeká proces úbytku obyvatel a demografické stárnutí. Prognóza pro předproduktivní věk bude mít mírně klesající tendenci, resp. je téměř stagnující, zatímco lidí v produktivním věku bude ubývat za současného nárůstu osob v poproduktivním věku. Tento proces nebude sice nijak razantní, ale v jeho důsledku budou muset obce i občané změnit způsob svého chování. Z hlediska sociálních služeb je důležité i to, že vzhledem k nárůstu počtu starých lidí bude muset být přehodnoceno zejména vybavení službami pro seniory.

1.1.3. Vybavenost území sociálními službami

V polovině 80-tých let zpracovalo bývalé Federální Ministerstvo práce a sociálních věcí normativy vybavenosti jednotlivých regionů službami sociální péče. Tyto návrhy normativů však nebyly nikdy uvedeny do praxe z důvodu obavy jejich zneužití. Z hlediska jejich využití jako orientačních nástrojů pro hodnocení dlouhodobých trendů v sociální oblasti je však potřebné tyto normativy ocenit, neboť představují až do dnešních dnů jediný srovnatelný pohled na kvantitativní úroveň sociálních služeb jednotlivých územních celků (2).

Kolektiv autorů v jejich publikaci uvádí, že souhrnně je možné konstatovat, že je účelné, aby konstrukce normativů vycházela z následujících premis:

- 1) Určité aktivity, jako např. základní sociální poradenství či elementární formy pomoci nesoběstačným starým lidem, je možno a nutno zabezpečovat v obcích každé velikosti.
- 2) Minimální velikost obce, v níž je možné provozovat sociální služby, je zhruba 2, resp. 5 tis. obyvatel, za významné je třeba považovat obce ve velikosti do 10 tis. obyvatel (jde o velikostní typ – tedy s možností přesahu); tyto obce mají zpravidla statut města a jejich význam v příštím období výrazně poroste.
- 3) Minimální území – mikroregion, jehož vybavenost je vhodné analyzovat a normativně ošetřit, je spádové území pověřené obce, která na něm podle

současných předpisů vykonává státní správu v sociální oblasti (jde přibližně o 26 tis. obyvatel).

- 4) Dalším stupněm pro reálné koncipování normativů je město velikostního typu 20-50 tis. obyvatel, které je zpravidla okresním městem, a o jeho spádové území.
- 5) Je třeba popsat roli VÚSC a případně i působnost státu jako provozovatele sociálních služeb, které je možné provozovat na celostátní úrovni.
- 6) Pro univerzalitu použití bude vhodné vyjádřit potřebu sociálních služeb ve vztahu k relevantním sociálním skupinám bez vztahu k velikosti sídla a obdobně i ve vztahu k celkovému počtu obyvatel (2).

Ve vybavenosti jednotlivých regionů službami sociální péče existují určité rozdíly, k jejichž hodnocení je třeba přistupovat diferencovaně. Na zřeteli je nutno mít určitou objektivní podmíněnost těchto rozdílů vyplývajících např.:

- z míry urbanizace,
- z věkové, kvalifikační, profesní a sociální struktury obyvatelstva na daném území,
- ze struktury osídlení jednotlivých územních celků, z velikosti obcí,
- z míry realizace tradičních funkcí rodiny v péči o staré občany,
- z nejrůznějších sociologických změn probíhajících ve společnosti, zejména rozpad vícegeneračního soužití rodin (2).

Je tedy zřejmé, že při hodnocení vybavenosti jednotlivých regionů nelze uplatňovat stejná hlediska, jinak je potřebné hodnotit vybavenost zemědělských oblastí a městských aglomerací, jinak je třeba hodnotit vybavenost Prahy a ostatních velkých měst. Na druhou stranu je ovšem zřejmé, že ve vybavenosti jednotlivých okresů se odráží celková pozornost a zájem, s nímž příslušené okresní a městské (obecní) úřady přistupují k zabezpečení potřeb občanů v této oblasti. Z tohoto pohledu má proto pouhé porovnání číselných hodnot bez znalosti těchto širších souvislostí pouze informativní charakter a je nutno ho chápat jen jako jedno z východisek pro analýzu optimální struktury forem sociální péče v jednotlivých regionech (2).

Přes tyto skutečnosti však lze k úrovni vybavenosti jednotlivých územních celků stanovit tyto závěry:

- Úroveň vybavenosti jednotlivých okresů službami pro staré občany není z pozice centrálních orgánů žádným způsobem regulována, usměrňována ani ovlivňována, a to za předpokladu, že zřizovatelem i poskytovatelem naprosté většiny zařízení (s výjimkou pečovatelské služby) jsou okresní úřady jako nejnižší články státní správy.
- Dosavadní způsob financování konzervuje zpravidla existující rozdíly ve vybavenosti jednotlivých územních celků sociálními službami, a tím se nevytváří dynamizující konkurenční prostředí.
- V důsledku toho je hodnocení vybavenosti jednotlivých územních celků službami sociální péče pro staré občany a jeho porovnání s úrovní doporučených normativů účelné provádět komplexně za všechny druhy služeb (2).

1.2. Stárnutí obyvatelstva a jeho důsledky

Stáří je nevyhnutelnou perspektivou každého živého tvora. O stáří se v poslední době hodně hovoří a píše. Zejména proto, že se mění struktura společnosti. Stárnoucích a starých lidí na celém světě přibývá. A tito lidé potřebují pomoc (34).

Z lékařského hlediska se za stáří považuje období po 75. roce. Demografie posunuje hranici níže, a to na 60. rok, kdy mezníkem je odchod do důchodu. Stejně tak i ve většině států se považuje za hranici stáří období, kdy většina lidí odchází do důchodu (35).

IV. gerontologický sjezd v Meraně r. 1957 přijal Grepiho rozdělení stáří na 3 období:

- věk kritický (presenilní) je obdobím od 45 let do 60 let
- období stárnutí od 60 do 70 let, kdy dochází k poklesu fyzické a psychické výkonnosti a vyvrcholení životních zkušeností
- období stařecké (vysokého věku) zahrnuje léta nad 70 let (35).

Výše uvedené rozdělení je schématické, nevystihuje biologický, resp. fyziologický věk. U většiny lidí probíhá biologické stárnutí v období 60 – 75 let věku, vlastní stáří nastupuje kolem 75 let. Výsledky gerontologického bádání poslední doby skutečně ukazují, že teprve po 75 letech lze u většiny populace zjistit specifickou fenomenologii stáří. V dnešní době se mnoho vědců zabývá podstatou stárnutí s cílem dosáhnout, aby lidé žili ve zdraví co nejdéle. Znamená to prodloužit nejen období života, ale i období všeobecné schopnosti pracovat tj. prodloužit období produktivního věku (35).

Existují různé teorie o podstatě stárnutí. Na stárnutí nepochybně působí zevní vlivy, které negativně či pozitivně ovlivňují tento proces. Patří sem způsob života, potrava, chemické látky v ovzduší, např. radiace, která urychluje stárnutí. Určité místní ekologické podmínky mají pozitivní vliv na délku života, existuje jakási „geografie dlouhověkosti“ např. zakavkazské země jsou jakýmsi centrem dlouhověkosti (35).

Stárnutí je v podstatě vždy proces dezintegrovaný, asynchronní. Morfologické a funkční změny nastupují v ontogenetickém vývoji jedince v různou dobu a také rychlost, jakou pokračují, se liší. Ani jednotlivé lidské orgány a jejich funkce nestárnou stejně rychle, podle jedné funkce nelze určit funkční věk. Stárnutí je individuální, každý jedinec stárne podle vlastního programu, proto se kalendářní věk nekryje s věkem funkčním. Stárnutí vyznačují určité morfologické a funkční změny. Obecně platí, že změna struktury má za následek změnu funkce. U stáří jsou však výjimky týkající se hlavně regulačních a adaptačních funkcí, jež na struktuře nejsou závislé, nebo funkční změny jsou někdy větší, než by se očekávalo podle úbytku struktur. Pro kvantitativní změny ve stáří je typická involuce a regrese struktur a funkcí (35).

Mezi starými lidmi jsou však velké rozdíly i v reakcích a adaptacích, ale i zde v jisté míře organismus vytváří nové homeostatické mechanismy, které udržují v proměnlivých podmínkách prostředí rovnovážný stav organismu, ale na jiné úrovni. Lze říci, že u každého jedince je stárnutí a stáří geneticky nakódováno a řídí se druhově specifickým časovým zákonem tzv. biologickými hodinami. Zároveň podléhá i formativním vlivům prostředí. Změny ve struktuře a funkcích při fyziologickém stárnutí a stáří mají převážně regresivní charakter a jsou nezvratné (35).

1.3. Standardy kvality sociálních služeb

Standardy kvality sociálních služeb jsou souborem dohodnutých kritérií, který umožňuje posuzování kvality sociálních služeb. V ideálním případě se procesu na vytváření kvality sociálních služeb podílí poskytovatelé sociálních služeb, nezávislí experti a uživatelé sociálních služeb. Kritéria mohou být zakotvena v zákoně nebo normách z něj odvozených, v interních předpisech zřizovatele agentury poskytující službu nebo přímo v provozním řádu konkrétní instituce. Splnění obecného kritéria je prověřováno souborem rozpoznávacích znaků, které kromě formálních náležitostí zahrnují výsledky strukturovaných rozhovorů s klienty, s personálem a také výsledky přímého pozorování.

V ČR byly standardy kvality sociálních služeb zpracovány Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR (dále jen MPSV ČR) (22).

1.3.1. Základní charakteristika standardů kvality sociálních služeb

V oblasti sociálních služeb dochází v posledních letech k výrazným změnám, zejména v přístupu k uživatelům sociálních služeb a v používaných metodách sociální práce. MPSV ČR se snaží na tyto posuny reagovat pomocí systémových změn, které zajistí poskytování kvalitních služeb v souladu se současnou úrovní poznání.

Hlavními úkoly MPSV v oblasti sociální služeb je prevence sociálního vyloučení, podpora života v přirozeném společenství, ochrana zranitelných skupin obyvatelstva před porušováním jejich občanských práv a před neodborným poskytováním sociálních služeb. Aby tyto úkoly mohly být zabezpečeny, byly v roce 2002 publikovány MPSV ČR standardy kvality sociálních služeb, které jsou v souladu s principy evropského sociálního modelu a obsahují základní principy (36).

Standardy popisují, jak má vypadat kvalitní sociální služba. Jsou souborem měřitelných a ověřitelných kritérií. Jejich smyslem je umožnit průkazným způsobem

posoudit kvalitu poskytované služby, nikoli stanovit, jaká práva a povinnosti mají zařízení a uživatelé sociálních služeb.

Podstatným rysem standardů je obecnost, jsou použitelné pro všechny druhy sociálních služeb (36).

Pro vytvoření standardů kvality sociálních služeb byly využity prvky zjišťování kvality užívané v jiných odvětvích, kde je obecně kvalita služeb chápána jako schopnost uspokojit zájmy a potřeby zákazníků (36).

V případě sociálních služeb, které patří k veřejným službám, se kvalita musí odvíjet od uspokojení potřeb a zájmů nejenom samotných uživatelů, ale i zájmů zadavatelů služeb, tedy těch subjektů, které služby objednávají a platí z veřejných zdrojů – např. obec či stát. Kvalita je popsána prostřednictvím souboru kritérií (vlastností a charakteristik), o nichž se předpokládá, že ovlivňují schopnost služeb naplnit zájmy a potřeby obou uvedených zájmových skupin (36).

Hlavním posláním sociální služby je snaha umožnit lidem, kteří jsou v nepříznivé sociální situaci, zůstat rovnocennými členy společnosti a využívat jejich přirozených zdrojů, žít nezávisle, v kontaktu s ostatními lidmi a v přirozeném sociálním prostředí.

Důležitým znakem kvality sociálních služeb je její schopnost podporovat jednotlivé uživatele služeb v naplňování cílů, které chtějí s pomocí sociálních potřeb dosáhnout při řešení vlastní nepříznivé sociální situace. Ve standardech je proto zdůrazněna orientace na osobní cíle uživatelů služeb, což umožňuje konkretizovat abstraktní ideály, jakými jsou např. důstojnost, plnohodnotný život apod. (36).

1.3.2. Typy kritérií používaných při vymezování standardů kvality sociálních služeb

V úvodu kapitoly je nutné zmínit, že zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který nabyl účinnosti od 1. ledna 2007, zavádí nový institut, a to inspekci kvality sociálních služeb, která má své nezastupitelné místo při sledování a kontrole

sociálních služeb poskytovaných registrovanými poskytovateli. Kvalita sociálních služeb při výkonu inspekce je ověřována pomocí standardů kvality sociálních služeb.

Standardy kvality sociálních služeb definuje výše uvedená právní úprava jako soubor kritérií, jejich prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a osobami (47).

Standardy by měly být v souladu s evropským sociálním modelem, který je založen na sociálním začleňování lidí a předcházení jejich sociálnímu vyloučení. Uvedený přístup je charakterizován níže uvedenými deseti klíčovými principy, které Evropská unie doporučuje pro podporu politiky začleňování (Council of the European Union, 15223/01). Zmíněné principy jsou zakomponovány ve standardech kvality a jsou následující: (3, 36)

Subsidiarita: politika a služby se stanou propojenější, když budou řešeny a doručovány v místě, které je co nejbližší lidem, jichž se týkají, tento princip nabývá na důležitosti v okamžiku, kdy se přímo týká zranitelných skupin lidí.

Holistický přístup: politiku je třeba rozvíjet a služby doručovat integrovaným způsobem, který respektuje celkové potřeby člověka spíše než různá omezení organizačního řádu.

Ministerstvo práce a sociálních věcí pojmenovalo sedm vůdčích principů, které tvoří základ všech sociálních služeb (3):

1. Nezávislost a autonomie ve vztahu k uživatelům služeb směřující k podpoře jejich nezávislosti.
2. Začlenění a integrace, nikoli sociální vyloučení.
3. Respektování potřeb je určováno potřebami lidí, nikoliv potřebami systému.
4. Partnerství, spolupráce mezi všemi sektory společnosti.
5. Kvalita, poskytování služeb v souladu s přijatými standardy.
6. Rovnost zajišťuje stejný přístup k sociálním službám všem na základě jejich potřeb.
7. Národní standardy, rozhodování v místě.

1.4. Sociální služby a lidská práva

Každá kulturní společnost se nějakým způsobem stará o své stárnoucí členy, starým lidem poskytovat nejen hmotné zabezpečení ve stáří, ale měla by:

- garantovat právo na kvalitně a důstojně prožité stáří,
- garantovat jistotu, že v osamění nezůstane starý člověk sám se svou bezmocností, bez pomoci a především bez laskavého slova.

Prvním garantem v zajištění všech potřeb starého člověka má být rodina. Jenom ona může poskytnout to pravé zázemí rodinného kruhu a pocit sounáležitosti. Pokud již neexistuje nebo ve své funkci selže, pak připadá v úvahu péče společnosti. Jednou z cest, jak tuto péči zajistit, jsou domovy pro seniory. Do jaké míry jsou to opravdové domovy pro staré lidi záleží na konkrétních podmínkách domova, především však více na jeho personálu než na vybavení po jeho hmotné stránce. Tyto organizace dávají starým osamělým lidem jistou záruku, že člověk ve stáří, když přijde nemoc a bezmocnost, nezůstane sám bez pomoci, ale už negarantují plnohodnotné a spokojené prožití zbytku života (34).

Důležité je také uvědomit si skutečnost, že starší generace již neočekává jen sociální a zdravotní péči, i když v tomto životním období její potřeba narůstá. Chce žít svým samostatným životem, který je úměrný věku a tělesným a duševním schopnostem. Hovoříme o třetí generaci, která chce stejná práva a možnosti jako generace mladší a která nečeká jen soucit a pomoc od společnosti (34).

Část starších občanů (podle současných údajů jde asi o 5%) potřebuje vzhledem ke svému zdravotnímu stavu či věku sociální služby, protože nemůže sociální situaci nebo nepříznivé životní poměry zvládnout bez pomoci společnosti. Tyto potřeby mohou být řešeny za pomoci významného nástroje sociální politiky, a to sociálními službami.

Sociální služby jsou o lidech. Sociální služby jsou o lidech v jejich přirozeném prostředí. Lidé jsou sociální tvorové. Všichni si přejeme mít své místo a roli v životě společnosti tam, kde žijeme a pracujeme. Sociální služby mají za cíl pomoci lidem

udržet si nebo znovu nabýt místo v životě jejich komunity, pokud toho sami nejsou schopni.

Sociální služby jsou zaměřeny na lidi – jedince, jejich rodiny a na jejich sociální síť. Jaké služby jsou poskytovány, vyplývá z individuálních potřeb lidí a z celkových potřeb komunit, v nichž tito lidé žijí.

Potřeby jednotlivců se liší případ od případu, stejně jako potřeby jednotlivých společenství. Lidé a obce mají svůj vlastní charakter, historii, schopnosti, preference a zdroje. To znamená, že musí být k dispozici taková nabídka sociálních služeb, která tyto různé potřeby bude schopna flexibilně uspokojit (3).

1.4.1. Sociální služby v pojmech a jejich významech

Domácí literatura i zahraniční texty se vyznačují určitou terminologickou nejednotností, ale rovněž překladem zde dochází k nepřesnostem, které mohou ovlivnit chápání významu jednotlivých pojmů.

Potůček hovoří, že oblasti sociální politiky lze vymežit podle různých hledisek. Uvádí, že některé oblasti sociální politiky jsou definovány vztahem k určitému cíli, např. politika zaměstnanosti, jiné jsou naopak vázány na určité sociální či demografické skupiny, např. péče o invalidy či problém etnických skupin. Dalším hlediskem podle Potůčka je vazba k sociálně ekonomické jednotce, jako je tomu v případě rodinné či regionální politiky (33).

V literatuře se obvykle setkáváme s těmito vymezeními sociální politiky: politika zdravotní, vzdělávací, zaměstnanosti, systém sociálního zabezpečení apod.

Další vymezení předmětného termínu popisují autoři publikace *Obce, města, regiony a sociální služby*. „Každému občanovi, ať žije kdekoli, musí být umožněn přístup k celému spektru sociálních služeb, jak se postupně vytvořilo, a to z hlediska finanční i fyzické dostupnosti. Jinak řečeno, v každém území by měly být některou z forem občanům k dispozici všechny základní typy sociálních služeb. Ty představují

komplex vzájemně nezastupitelných aktivit, řešících individuální situace sociální a popř. i hmotné nouze“ (2).

Sociální služby jsou zřizovány, aby uspokojovaly zvláštní potřeby občanů seniorů, zdravotně postižených nebo občanů zasažených rozpadem rodiny. Služby tedy řeší individuální životní situaci klienta a umožní mu žít v naší společnosti v lepších životních podmínkách, než v jakých by se ocitl sám bez pomoci.

Kubalčíková chápe sociální službu v užším významu jako jeden z nástrojů deklarovaných veřejných služeb a dává pojem „sociální služba“ do souvislosti s anglickým ekvivalentem „personal social servis“, v překladu „osobní sociální služby“ (17).

K vysvětlení pojmu osobní sociální služby je důležité vymežit rovněž způsoby jejich klasifikace. V literatuře se můžeme setkávat s dvojí klasifikací sociálních služeb. Sociální služby lze klasifikovat podle toho, které cílové skupině příjemců jsou služby určeny a dále podle typu služby. Podle Hilla je jedním z možných kritérií klasifikace osobních sociálních služeb určení cílové skupiny v populaci, které jsou služby poskytovány. Cílové skupiny mohou být následující: senioři, lidé s tělesným či mentálním postižením, duševně nemocní a také děti (11).

Alternativní forma klasifikace je uváděna z hlediska typů či druhů (forem) služeb, a to na služby rezidenční péče, pečovatelskou službu a práci v terénu. Hranice mezi jednotlivými uvedenými typy a způsoby se vzájemně prolínají a doplňují. Výklad klasifikace sociálních služeb lze tedy chápat jako snahu usnadnit orientaci v systému osobních sociálních služeb. Ať však již dělení služeb vychází z rozlišení podle cílové skupiny nebo podle typu poskytované služby, je důležité neopomenout význam jednotlivých sociálních služeb a jejich potřebnost pro uživatele z hlediska zlepšení kvality jejich života.

1.4.2. Lidská práva

Oblastí, která se dotýká sociální sféry, a to i v návaznosti na naplňování standardů kvality sociálních služeb, je dodržování lidských práv.

Všeobecná deklarace lidských práv vychází z koncepce přirozených lidských práv. Definuje, co člověku musí náležet, aby se mohl plně realizovat ve společnosti. Osobnost člověka je determinována biogenními, psychogenními a sociogenními faktory. Proto nelze na tato práva pohlížet pouze z náhledu práv občanských a politických, ale je nutné brát v úvahu i podmínky sociální a hospodářské, které jsou nutné pro existenci člověka.

Lidská práva a základní svobody nám dovolují plně se rozvíjet a využívat naše lidské kvality, naši inteligenci, naše schopnosti, vědomí a uspokojovat naše potřeby. Jsou založena na rostoucím požadavku lidstva na život, ve kterém se základní důstojnosti a hodnotě každé lidské bytosti dostane respektu a ochrany. Lidská práva se vztahují ke všem osobám bez jakékoliv diskriminace. Neexistuje jasná a dostupná definice sociálních práv. Každý stát by měl mít stanoveny svoje priority pro sociální systémy.

Lze tedy říci, že svobodu je možné chápat jako nezávislost na druhých, přičemž v současnosti jsou zdůrazňována zejména lidská práva jako svoboda politická. Ve vyspělých státech je pak preferován liberalismus, považovaný za jednu z nejdůležitějších podmínek prosperity. Je tedy zřejmé, že má svoboda pro člověka mimořádný význam a že je pro něj nejpříznačnější charakteristikou. Společně s rozumem tvoří nejvyšší atributy lidství. Otázka lidské svobody se dotýká vlastního nitra člověka, je mu bytostně vlastní a s ohledem na jeho niternost zůstává mnoho věcí z této sféry zastřeno, neboť pro pochopení této oblasti není kompetentní nikdo jiný než on sám (43, 44).

Uplatňování nezadatelných lidských práv a svobod vyjadřuje Ústava České republiky. Součástí ústavního pořádku České republiky je Listina základních lidských práv a svobod, která uznává neporušitelnost přirozených práv člověka a dává každému možnost domáhat se stanoveným postupem svého práva u nezávislého a nestranného soudu. Každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost. Občané mají právo na přiměřené hmotné zabezpečení ve stáří. Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají právo na bezplatnou zdravotní péči a zdravotní pomůcky. Nikomu nesmí být způsobena újma na právech pro uplatňování jeho základních práv a svobod – zejména právo na informace (43, 44).

Kromě toho naše země ratifikovala řadu mezinárodních úmluv a chart, které vyjadřují odhodlání ústavních činitelů a zákonodárců prosazovat a hájit diferencovaná práva různých sociálních skupin a jednotlivců. Česká společnost se stále ještě nevyrovnala s dědictvím minulé doby, ve které byl totalitním systémem oslaben princip subsidiarity (16).

Lidská důstojnost je nedotknutelná. Musí být respektována a chráněna. Lidská důstojnost není tedy jen samotným základním právem, ale tvoří vlastní fundament základních práv.

1.5. Kvalita sociálních služeb

Pojem kvalita je odvozován od latinského „qualis“, což znamená „jaký, jaké povahy“. Odtud také jakost, která ovšem není zcela totožná s kvalitou. Kvalita je výsledkem mezi očekáváním a výkonem (31).

Studium kvality života prodělává svůj „boom“ zejména v posledních deseti letech. Na různých pracovištích ve světě se tomuto tématu věnují celé výzkumné týmy, které vycházejíce z různých koncepčních rámců, pokoušejí se z různých aspektů uchopit toto zajímavé a důležité téma. Obecně řečeno, studium kvality života v současné době znamená hledání a identifikaci faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí. Badatelé se rovněž zajímají o interakce a vztahy mezi těmito faktory (31).

V literatuře existuje celá řada definic „kvality života“. Neexistuje však ani jedna, která by byla v průběhu posledních třiceti let všeobecně akceptována. Situaci komplikuje i fakt, že se často setkáváme s pojmy jako „sociální pohoda“ (social well-being), „sociální blahobyt“ (social welfare) a „lidský rozvoj“ (human development), které jsou používány jako ekvivalentní či analogické termíny. Lze shrnout, že na nejobecnější úrovni je kvalita života chápána jako důsledek interakce mnoha různých faktorů. Jsou to sociální, zdravotní, ekonomické a enviromentální podmínky, které kumulativně a velmi často neznámým (či neprobádaným) způsobem interagují, a tak

ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jedinců i celých společností. S jistým zjednodušením lze konstatovat, že v rámci všech přístupů má koncept v zásadě dvě dimenze, a to objektivní a subjektivní. Subjektivní kvalita života se týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem. Objektivní kvalita života znamená splnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví (31).

Kvalita poskytovaných sociálních služeb je dnes jedním z velmi živých a diskutovaných témat. Potřeba definovat kvalitu těchto služeb souvisí také se vznikem nestátních poskytovatelů sociálních služeb, s hledáním způsobů a kritérií financování. Je však také vyvolána naléhavou potřebou reformovat činnost tradičních poskytovatelů sociálních služeb, především domovů důchodců a ústavů sociální péče (38).

V moderním pojetí musí být u každé sociální služby jasný důvod její existence a její účel. Je nutné si definovat její cíle, účel, filozofii. Pro jejich uvádění do praxe je však nutné si definovat postupy a procesy hodnocení toho, jak jsou jednotlivé stanovené cíle naplňovány.

Obecně je možné konstatovat, že pojem kvalita v sociálních službách je poměrně obtížné definovat s ohledem na názory různých skupin lidí a jejich nároky na kvalitu. Jako hlavní měřítko úspěšnosti kvalitně poskytovaných služeb by měl být vnímán příjemce služeb.

Standardy kvality jsou členěny do jednotlivých tématicky zaměřených okruhů např. Standard č. 1 Cíle a způsoby poskytování služeb jsou dále členěny do kritérií popisujících kvalitu služeb a jejich naplňování. Hlavním důvodem členění na kritéria je jejich měřitelnost, možnost posouzení, zda sociální služba požadavek standardu naplňuje. Plnění standardů kvality se hodnotí systémem bodů ve škále 0 – 3. Objektivní hodnocení kvality poskytovaných sociálních služeb bude poskytovat inspekce, která bude porovnávat kontrolovanou službu s naplňováním jednotlivých kritérií standardů kvality (36).

Standardy kvality sociálních služeb nejsou systémem řízení kvality, ale pravidly a principy poskytování sociálních služeb a měřítky jejich naplnění.

Standardy kvality jsou rozděleny do tří základních částí:

Procedurální standardy jsou nejdůležitější. Stanovují, jak má poskytování služby vypadat. Na co je potřeba si dát pozor při jednání se zájemcem o službu, jak službu přizpůsobit individuálním potřebám každého člověka. Velká část je věnována ochraně práv uživatelů služeb a vytváření ochranných mechanismů jako jsou stížnostní postupy, pravidla proti střetu zájmů apod.

Personální standardy se věnují personálnímu zajištění služeb. Při poskytování služeb nejsou možné dodatečné opravy nebo vyřazení zmetků. Nepovedenou službu nelze dodatečně vyřadit. Kvalita služby je přímo závislá na pracovnících – na jejich dovednostech a vzdělání, vedení a podpoře, na podmínkách, které pro práci mají.

Provozní standardy definují podmínky pro poskytování sociálních služeb. Soustřeďují se na prostory, kde jsou služby poskytovány, na dostupnost, ekonomické zajištění služeb a rozvoj jejich kvality (40).

1.5.1. Hlavní zásady kvality sociálních služeb

Zákon o sociálních službách vytváří podmínky pro bezpečné, kvalitní a efektivní poskytování sociálních služeb s cílem ochrany osob oslabených ve schopnosti prosazovat svá práva a zájmy. Tyto podmínky se promítají ve spektru povinností poskytovatelů sociálních služeb a následně v systémech kvality.

Mezi hlavní zásady kvality sociálních služeb můžeme zařadit:

- 1) Zásadu ochrany lidských práv uživatele – poskytovatel sleduje a zajišťuje dodržování lidských práv uživatele služby.
- 2) Zásadu individualizace služby – služba vychází z potřeb uživatele, stanoví prostředky a cíle k jejich naplnění.
- 3) Zásadu odbornosti – struktura pracovníků, počet pracovníků, jejich odborné vzdělání a systém průběžného vzdělávání odpovídají cílové skupině uživatelů, jsou stanovena pravidla pro zaškolování nových pracovníků.

- 4) Zásadu provozního zabezpečení – prostředí poskytované služby je důstojné a zajišťuje možnost přirozeného způsobu života (36).

V případě sociálních služeb, které patří k veřejným službám, se kvalita musí odvíjet od uspokojení potřeb a zájmů nejenom samotných uživatelů služeb, ale i zájmů zadavatelů služeb, tedy těch subjektů, které služby objednávají a platí z veřejných zdrojů – např. obec či stát. Kvalita je popsána prostřednictvím souboru kritérií (vlastností a charakteristik), o nichž se lze domnívat, že ovlivňují schopnosti služeb naplnit zájmy a potřeby obou uvedených zájmových skupin, tedy uživatelů a zadavatelů (36).

Hlavním posláním sociální služby je snaha umožnit lidem, kteří jsou v nepříznivé sociální situaci, zůstat rovnocennými členy společnosti a využívat jejich přirozených zdrojů, žít nezávisle, v kontaktu s ostatními lidmi a v přirozeném sociálním prostředí. Důležitým znakem kvality sociální služby je její schopnost podporovat jednotlivé uživatele služeb v naplňování cílů, kterého chtějí s pomocí sociálních služeb dosáhnout při řešení vlastní nepříznivé sociální situace (36).

1.6. Sociální a veřejná správa

Sociální správa je správa sociálního prostředí, která historicky vznikla jako kombinace církevních, soukromých a veřejných institucí a orgánů. Termín se používá od začátku 20. století, kdy byly cílovou skupinou sociální správy především osoby s nízkými příjmy. V Evropě je sociální správa v posledních desetiletích propojena se sociální politikou a nesena zejména s ohledem na respektování lidských práv. Její státní složka zahrnuje všechny státní – centrální i regionální a volené – instituce poskytující sociální ochranu. Sociální správa má dvě základní funkce: mocenskou (občan je díky ní chráněn před počínáním jiných občanů) a služební (sociální služba kompenzuje občanův hendikep nebo ho chrání před sociálním vyloučením). Veřejná moc financuje sociální správu ze státního rozpočtu (22).

1.6.1. Účastníci sociální správy

Klienty – účastníky sociální správy jsou ti, komu z její činnosti vznikají povinnosti nebo omezení a ti, kdo z ní mají prospěch. Jsou jimi fyzické a právnické osoby. Klientem sociální správy může být jednotlivec, rodina, skupina osob nebo organizace (37).

Jednotlivec je klientem sociální správy buď pro svou účast v systému (přihlásil se, je formálně členem, platil příspěvky např. na pojištění, připojištění) nebo pro svou potřebu (je chudý, nemajetný, nemocný, sirotek apod.) (37).

Člověk jako klient sociální správy může být objektem buď opečovávání nebo stimulování k zachování svých lidských rolí. V prvním případě hovoříme o statické, pasivní péči, která, je-li nepřiměřeně velká může člověka „uvěznit“. Může se stát „sociální pastí“, odzbrojující jakoukoli jeho snahu o zachování jeho lidských, občanských a profesionálních rolí, resp. o reintegraci do normálního života. V druhém případě hovoříme o aktivizující roli státní či obecní sociální politiky, která vytváří podmínky pro setrvání nebo navrácení občana do plnohodnotného života, pro zachování nebo znovunabytí jeho lidských funkcí a občanských a profesionálních rolí. Toto úsilí vede k obohacení vztahu mezi sociálním subjektem a klientem. Klient je nejen uživatelem plodů sociálního úsilí, ale v rámci vymezeném subjektem spolurozhoduje také o užití jeho výsledků co do formy a rozsahu (37).

Velká **rodina** jako několikagenerační seskupení osob se tradičně starala o děti, nemocné a staré osoby. Ve velké rodině připadla péče o děti a nemocné ženám. Tato role byla vytlačena zrovnoprávněním mužů a žen a rovnoprávnou účastí na ekonomických procesech mimo rodinu (37).

S rozpadem velké rodiny na sebe tuto péči převzaly obce a stát. V současnosti se nukleární, malá rodina (rodiče a děti) není schopna bez pomoci starat o nemocné a staré členy. Když je v nouzi, má potíže se starat o děti a zajistit vhodnou výživu, přístup ke vzdělání a zdravotní péči. Malá rodina může sociální politiku ovlivňovat, ale nemůže ji formovat a uskutečňovat. Je objektem, nikoli subjektem sociální politiky.

Klientem sociální správy jsou i **skupiny** definované:

- a) právem
- b) statusem nestátní organizace
- c) jednotlivcem (donátorem či sponzorem)

Členové skupin jsou zpravidla identifikováni právním poměrem (pracovní smlouvou apod.) a příslušností k systému (příhláškou). V sociální pomoci bývají skupiny identifikovány druhem potřeby, která se má uspokojit (bezmocnost, nemoc, osiření apod.) (37).

Skupina může být objektem sociální činnosti, ale také jejím subjektem. Demokratické sociální systémy se vyznačují skupinovou autonomií, kdy objekty sociální politiky mají určitý vliv na fungování sociálního systému a jeho sociální politiku, tedy kromě toho, že jsou objektem, jsou i „nátlakovou skupinou“ a mají i některá práva subjektů. Tento stav se označuje jako „participativní“ nebo „autonomní“. Participace neboli „účast“ může být nejrůznější – na rozhodování, na správě, na financování, na monitorování a kontrole (např. občanské komise) (37).

1.6.2. Působnost orgánů veřejné správy

V souvislosti s účinností zákona o sociálních službách je nutné konstatovat, že stát bude i nadále určovat podmínky pro poskytování sociálních služeb, nebude však poskytovatelem sociálních služeb, s výjimkou 5 zařízení sociálních služeb, které v současné době spravuje Ministerstvo práce a sociálních věcí. Situace, kdy byl stát majoritním poskytovatelem sociálních služeb, skončila zrušením činnosti okresních úřadů. Úlohou státu bude podporovat regionální a místní samosprávy v tom, aby byly schopny hodnotit souhrn potřeb jejich obyvatel a na tomto základě vytvářet typově a územně dostupné sítě služeb. Stát bude stanovovat své priority v oblasti dostupnosti a kvality sociálních služeb ve formě střednědobé strategie (36).

Kraje budou mít zásadní vliv na charakter a rozsah sítě sociálních služeb také z toho důvodu, že jim byla zákonem svěřena působnost v oblasti registrace poskytovatelů sociálních služeb a kontroly, a to v přenesené působnosti.

Kraje a obce budou ve své samostatné působnosti vytvářet podmínky pro poskytování sociálních služeb ve svém území a budou ve vzájemné spolupráci stanovovat střednědobé plány pro poskytování sociálních služeb.

Základním nástrojem k zajištění územní a typové dostupnosti sociálních služeb v daném území je plánování rozvoje sociálních služeb. Základem tohoto plánování sociálních služeb je spolupráce zadavatelů (obcí, krajů) s uživateli (klienty) a poskytovateli (jednotlivými organizacemi) sociálních služeb při vytváření plánu, vyjednávání o budoucí podobě služeb a realizaci konkrétních kroků. Společným cílem je zajistit dostupnost kvalitních sociálních služeb.

Při plánování se vychází zejména z porovnání existující nabídky sociálních služeb se zjištěnými potřebami uživatelů sociálních služeb (i potencionálních). Výsledek provedeného srovnání slouží jako jeden z klíčových podkladů pro zformulování priorit v oblasti sociálních služeb (36.)

1.7. Legislativa

Právní úprava oblasti sociálních služeb byla do konce roku 2006 upravena právní úpravou oblasti sociální péče, která vycházela ze zákonů přijatých na sklonku osmdesátých let minulého století. V té době bylo na sociální politiku i v oblasti sociálních služeb nahlíženo podstatně odlišným způsobem, a to především v oblasti svobody rozhodování jedinců a demokratických principů fungování veřejné správy.

Systém sociálních služeb je charakterizován množstvím vztahů založených na objektivních skutečnostech, které mají významný vliv na kvalitu života jedinců i společnosti. Jedná se o vztahy, jejich význam vyžaduje zákonnou oporu, a to zejména z důvodu ochrany oprávněných zájmů osob, které jsou oslabeny ve schopnosti je prosazovat (36).

Tato právní úprava nedostatečně pokrývala spektrum těchto vztahů, a to především v následujících oblastech:

- a) Jedinec, který se ocitá v nepříznivé sociální situaci, je považován spíše za objekt působení systému a nikoliv za aktivního činitele, jehož objektivizované potřeby a projev vůle, jak situaci řešit, by měly být určující pro formu pomoci. Není zajištěn jednotný systém objektivního hodnocení potřeb osob, ze kterého by bylo možné vycházet při vytváření nabídky služeb nebo jiných forem pomoci odpovídající potřebám.
- b) Osoby, které jsou oslabeny v prosazování svých oprávněných zájmů, nejsou dostatečně chráněny před tím, aby jejich individuální zájmy nebyly poškozovány, ať již nesprávným postupem orgánů veřejné správy, nebo neodborným poskytováním sociálních služeb.
- c) Není vytvořen právní rámec rozvoje lidských zdrojů v oblasti poskytování sociálních služeb, a to především pro oblast sociální práce, jejíž úroveň (nejen v systému sociálních služeb) zásadním způsobem určuje funkčnost sociálních systémů.
- d) Nejsou uspokojivě, a to zejména v kontextu reformy veřejné správy, vyřešeny vzájemné vztahy a kompetence jednotlivých úrovní veřejné správy, které nesou odpovědnost za vytváření podmínek pro uspokojování potřeb osob. Nejsou také vyřešeny vztahy mezi veřejnou správou, poskytovateli sociálních služeb a osobami, které z důvodu nepříznivé sociální situace pomoc potřebují.
- e) Není zajištěn jednotný rozsah práv a povinností pro poskytovatele sociálních služeb, což se projevuje zejména v rozdílném náhledu na organizace zřizované orgány veřejné správy a organizace, které stojí mimo veřejnoprávní strukturu.
- f) Nejsou vytvořeny systémy dohledu nad kvalitou poskytovaných sociálních služeb.
- g) Nejsou vytvořeny podmínky k zavedení transparentní informační základny o síti sociálních služeb a činnostech, které nabízejí.
- h) Z hlediska oblasti působení sociálních služeb nejsou vůbec upraveny druhy služeb, které se zaměřují na prevenci sociálního vyloučení osob nebo skupin osob (36).

Tato zmiňovaná právní úprava umožňovala poskytnout osobám, které si nejsou schopny zabezpečit své základní životní potřeby (zpravidla z důvodu věku nebo zdravotního postižení) některé typy služeb (ústavní péči nebo pečovatelskou službu). Sociální služby, které lépe svým charakterem naplňují principy sociální integrace oproti službám „tradičním“, nemají zákonnou oporu (např. raná péče, osobní asistence, odlehčovací služby apod.). To zásadně brání žádoucímu rozvoji sociálních služeb a nezaručuje, že tyto služby jsou poskytovány v odpovídající kvalitě, popřípadě, že jsou vůbec dostupné.

Proces sociálního začleňování, jako základní myšlenka moderní sociální politiky, nebyl v původní právní úpravě sociálních služeb zohledněn vůbec (36).

Dnem 1. ledna 2007 nabyl účinnost zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který znamená poměrně převratnou právní úpravu dané oblasti. Hlavním cílem navrhované právní úpravy je vytvoření podmínek pro uspokojování oprávněných potřeb osob, které jsou oslabeny v jejich prosazování. Zákon vychází z obecného principu solidarity ve společnosti a současně podporuje princip rovných příležitostí pro všechny členy společnosti.

Zákon o sociálních službách zabezpečuje základní rámec k zajištění potřebné podpory a pomoci. Podporou a pomocí je rozumí takové spektrum činností, které jsou nezbytné pro sociální začleňování osob a důstojné podmínky života odpovídající úrovni rozvoje společnosti.

Hlavním cílem zákona je podporovat proces sociálního začleňování a sociální soudržnosti společnosti (36)

Podle zákona bude poskytovaná pomoc:

- 1) dostupná – z hlediska typu pomoci, územní dostupnosti, informační dostupnosti a v neposlední řadě také z hlediska ekonomického,
- 2) efektivní – bude uzpůsobena tak, aby vyhovovala potřebě člověka a nikoliv „potřebám“ systému,
- 3) kvalitní – bude zabezpečována způsobem a v rozsahu, který odpovídá současnému poznání a možnostem společnosti,

- 4) bezpečná – bude zabezpečována tak, aby neomezovala oprávněná práva a zájmy osob,
- 5) hospodárná – bude zabezpečována tak, aby veřejné i osobní výdaje používané na poskytnutí pomoci v maximální možné míře pokrývaly objektivizovaný rozsah potřeb (36).

Zákon o sociálních službách definuje základní druhy a formy sociálních služeb.

Sociální služby zahrnují:

- a) sociální poradenství,
- b) služby sociální péče,
- c) služby sociální prevence.

Sociální poradenství – v sobě zahrnuje:

- Základní sociální poradenství - je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb; poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit.
- Odborné sociální poradenství – je zaměřeno na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, osoby se zdravotním postižením, oběti trestných činů a domácího násilí.

Služby sociální péče – napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení.

Jedná se o tyto služby:

- a) Osobní asistence
- b) Pečovatelská služba
- c) Tísňová péče (nepřetržitá hlasová a elektronická komunikace s osobami v ohrožení zdraví nebo života)
- d) Průvodcovské a předčitatelské služby

- e) Podpora samostatného bydlení
- f) Odlehčovací služby
- g) Centra denních služeb
- h) Denní a týdenní stacionáře
- i) Domovy pro osoby se zdravotním postižením
- j) Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem
- k) Chráněné bydlení
- l) Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče

Služby sociální prevence - napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností apod. Cílem je napomáhat těmto osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.

Jedná se o tyto služby:

- a) Raná péče (poskytuje se dětem a rodičům dětí do 7 let)
- b) Telefonické krizová pomoc
- c) Tlumočnické služby (pro osoby s poruchami komunikace)
- d) Azylové domy
- e) Domy na půl cesty
- f) Kontaktní centra (pro osoby ohrožené závislostí na návykových látkách)
- g) Krizová pomoc (pro osoby, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života)
- h) Nízkoprahová denní centra (pro osoby bez přístřeší)
- i) Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež
- j) Noclehárny
- k) Služby následné péče
- l) Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi
- m) Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením

- n) Sociálně terapeutické dílny (pro osoby neumístitelné na trhu práce z důvodu zdravotního postižení apod.)
- o) Terapeutické komunity
- p) Sociální rehabilitace (specifické činnosti směřující k dosažení samostatnosti a soběstačnosti osob rozvojem dovedností, posilováním návyků apod.)
- q) Intervenční centra (48).

V oblasti sociálních služeb jsou dle platné právní úpravy uplatňovány následující kontrolní mechanismy:

- a) Obce s rozšířenou působností, které rozhodují o nároku na příspěvek na péči a současně jej vyplácejí, jsou povinny kontrolovat zda vyplácený příspěvek na péči je využíván v souladu s účelem, na který je určen, tj. na zajištění potřebného rozsahu pomoci. Tato kontrolní činnost má být vykonávána především odborně způsobilými sociálními pracovníky. Současně kontroly umožní sledování efektivity využití vyplácených příspěvků prostřednictvím celostátního informačního systému, jehož správcem je ministerstvo (36).
- b) Kraje v přenesené působnosti budou po skončení přechodného období tj. od 1. 7. 2007 zajišťovat státní kontrolu zaměřenou na dodržování zákonem stanovených podmínek při poskytování sociálních služeb, a to jednak v rámci své působnosti v oblasti registrace poskytovatelů sociálních služeb a dále pak obecně v oblasti kontroly poskytování sociálních služeb již registrovanými poskytovateli. Tato kontrolní činnost se nazývá inspekce poskytování sociálních služeb. Nedílnou součástí inspekce sociálních služeb je kontrola kvality sociálních služeb, která se opírá o standardy kvality sociálních služeb. Standardy, které jsou stanoveny vyhláškou, popisují, jak má vypadat kvalitní sociální služba. Jsou souborem měřitelných a ověřitelných kritérií. Jejich smyslem je průkazným způsobem posoudit kvalitu poskytované služby. Nedodržování zákonných povinností může vést až k odejmutí oprávnění k poskytování sociálních služeb (36).

- c) Z hlediska financování systému sociálních služeb se uskutečňuje řada finančních transferů z veřejných rozpočtů. Ve všech případech musí být důsledně uplatňovány postupy finanční kontroly dle zákona č. 552/1991 Sb., o státní kontrole (36).

Hlavním posláním sociální služby je snaha umožnit lidem, kteří jsou v nepříznivé sociální situaci, zůstat rovnocennými členy společnosti a využívat jejich přirozených zdrojů, žít nezávisle, v kontaktu s ostatními lidmi a pokud možno v přirozeném sociálním prostředí. Je proto stanoven takový soubor kritérií, s jejichž pomocí bude možno poznat, zda služby podporují osobní růst a nezávislost uživatele. Důležitým znakem kvality sociální služby je její schopnost podporovat jednotlivé uživatele služeb v naplňování cílů, kterých chtějí s pomocí sociálních služeb dosáhnout při řešení vlastní nepříznivé sociální situace (19).

1.8. Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb

Již po několik desetiletí se hovoří a stále více akceptují zjištění, že ústavní péče má tendenci své uživatele v déletrvajícím časovém horizontu uvádět do situací, které vedou k rezignaci na jejich nezávislost, na spoluúčast při rozhodování o jejich životě. Lze tedy říci, že je činí postupně závislými na poskytované službě. Je však nutné konstatovat, že míra tohoto „zneschopňování“ se liší v jednotlivých zařízeních. Přesto by měli poskytovatelé těchto služeb mít na mysli srovnání života člověka v ústavu s jeho vrstevníkem žijícím v přirozeném sociálním prostředí, zabývat se jeho základními lidskými právy (29).

S ohledem na vývoj oblasti sociálních služeb a na evropský trend směřující k realizaci procesu deinstitucionalizace a transformace pobytových zařízení (domovů pro seniory, domovů pro osoby se zdravotním postižením a domovů se zvláštním režimem) připravilo Ministerstvo práce a sociálních věcí materiál zabývající se procesem transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy služeb.

Proces transformace sociálních služeb bude probíhat v období několika následujících desítek let v kontextu přirozeného vývoje pobytových sociálních služeb

a bude směřován dvěma základními směry. Těmi budou podpora transformace zařízení sociálních služeb pro seniory a podpora transformace zařízení sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením (29).

1.8.1. Koncepce podpory transformace ústavní sociální péče o osoby se zdravotním postižením

Cílem transformace ústavní sociální péče pro osoby se zdravotním postižením, především mentálním a duševním, je vytvořit koordinovanou síť služeb pro uživatele umožňujících život v přirozené komunitě a minimalizovat dosud preferovaný způsob poskytování sociální služby prostřednictvím ústavní sociální péče. V souladu s právem každého člověka na kvalitní život a také s vývojem v ostatních zemích EU je nutné umožnit lidem se zdravotním postižením žít v přirozené komunitě s podporou vycházející podle individuální míry a rozsahu jejich potřeb. Znamená to především změnu dotační politiky v oblasti investic, a to odklon od rozsáhlého budování ústavní sociální péče a větší podpora investic do rozvoje terénních a ambulantních služeb. Dále to znamená zaměřit se na humanizaci stávajících pobytových zařízení a jejich postupné „rozpouštění“ do přirozené sítě služeb v komunitě (29).

1.8.2. Koncepce podpory transformace sociálních služeb pro seniory

Při plánování a poskytování sociálních služeb pro seniory je také nutné přihlížet k jejich individuálním potřebám a stanovit nutnou míru péče a podpory ve chvíli, kdy to tito uživatelé potřebují. Přesto existují specifické okolnosti dané cílovou skupinou a k těm je nutné při implementaci této koncepce přihlížet.

Z dosavadních odborných poznatků vyplývá, že u osob nad 75 let věku vzrůstá poptávka po sociálních službách spojená s postupně se objevující závislostí na pomoci druhé osoby. Potřeba péče a podpory přichází nejen z důvodu somatického nebo psychického onemocnění, ale také ze sociálních ekonomických dopadů postproduktivního věku.

Péče o seniora je nyní dělena mezi rodinu a mezi formální organizace, a velikost tohoto podílu je variabilní. Velké procento péče o seniory je v současnosti zajišťováno ústavní sociální péčí – domovy důchodců. Významným problémem jsou velká ústavní zařízení, kde je obtížné realizovat skutečnou individuální péči a podporu zaměřovat individuálně přímo na konkrétního klienta. Umístění do ústavního zařízení často znamená ztrátu autonomie a motivace k různým činnostem, které byly dříve součástí každodenního života. V těchto zařízeních je velmi obtížné naplňovat moderní principy poskytování sociálních služeb a metod sociální práce zaručující dodržování lidských práv (29).

Bariérou pro život seniora v běžných podmínkách je nedostatečně dostupná síť terénních a ambulantních sociálních služeb. Uživatel, pečující osoby a rodina bývají nedostatečně informováni o vhodných alternativách řešení nepříznivé sociální a zdravotní situace. Prioritou politiky sociálních služeb pro seniory je zkvalitňování a integrace sociálních služeb pro seniory, a to zejména v oblasti sociálně zdravotní (29).

Investice v sociálních službách pro seniory by měly být směřovány k zajišťování individuální péče a podpory domácími pečujícími, terénními a ambulantními sociálními službami a humanizovanými sociálními službami pobytového typu (nízkokapacitní pobytové zařízení, podpora samostatného bydlení), jejichž směřování je cestou k malým bytovým jednotkám (29).

Specifické podmínky je potřeba zohlednit u zvláště ohrožené a stále početnější skupiny seniorů – lidí s omezenými rozumovými a vyjadřovacími schopnostmi, např. seniorů trpících různými formami demence, u kterých je v pobytových zařízeních nejvyšší riziko nerespektování práv a nepochopení jejich individuálních potřeb.

Pro stávající rezidenční zařízení a jejich obyvatele v procesu deinstitutionalizace bude klíčové zaměření na humanizaci služby, to znamená především přiblížení podmínek k běžnému životu v přirozeném prostředí, snižování závislosti na péči, zkvalitňování poskytovaných služeb a vznik a rozvoj programů a projektů prevence institucionalizace (29).

Tento dokument byl schválen na jednání vlády ČR dne 21. února 2007 usnesením č. 127.

1.9. Komunitní plánování

Komunitní plánování je přímé vyjednávání mezi zřizovateli, poskytovateli a uživateli služeb, jehož cílem je zlepšit místní sociální politiku či charakter sociálních, případně souvisejících služeb. Zřizovateli služeb jsou úřady státní správy a samosprávy, neziskové organizace a jiné subjekty, které služby financují, případně i jmenují jejich vedoucí a kontrolují jejich činnost. Poskyvatelé služeb jsou subjekty provozující státní nebo nestátní sociální služby. Uživateli služeb jsou fyzické nebo právnické osoby, které mají zvláštní potřeby, na něž služby reagují. Vyjednávání může mít podobu jednání v menších skupinách reprezentující všechny tři strany „komunitního trojúhelníku“, veřejných shromážděních nebo konferencí, stejně jako diskusí v tisku, na internetu nebo zprostředkovaných jinými médii. Výsledkem by měl být periodicky zveřejňovaný komunitní plán (22).

1.9.1. Komunitní plán sociálních služeb a jeho aktéři

Posláním komunitního plánování je zjišťování dostupnosti sociálních služeb. Prakticky se jedná o zjišťování stavu poskytování sociálních služeb v dané lokalitě a zároveň potřeb, které nejsou naplněny. Srovnáním těchto dvou základních parametrů a v souladu s množstvím finančních prostředků, které obec na sociální služby vynakládá, vzniká v procesu vzájemných konzultací komunitní plán, který je konsensem mezi tím, co je možné a tím, co bylo označeno za potřebné či prioritní (13).

Komunitní plán představuje cyklický, spirálově se opakující proces. Slovo komunitní dává tušit, že celé plánování sociálních služeb probíhá za účasti komunity – v případě sociálních služeb se tedy jedná o zástupce uživatelů, poskytovatelů a zadavatelů sociálních služeb, ale i další veřejnosti, již je téma sociálních služeb blízké.

Nejdůležitějšími účastníky komunitního plánování jsou **uživatelé – klienti sociálních služeb**. Uživatelé rozumíme lidi v nepříznivé sociální situaci, kteří služby využívají, kterým jsou určeny. Jejich pohled na komunitní plánování je nepostradatelný, právě oni mohou vyjádřit svůj názor, zviditelnit své zájmy, přímo se vyslovit k tomu, co vnímají jako nejlepší, nejpotřebnější a spolupodílet se tak na utváření podoby sociálních služeb (13).

Poskytovatelé sociálních služeb jsou subjekty, které služby nabízejí a poskytují, bez ohledu na to, zda se jedná například o nestátní neziskové organizace, organizace zřízené obcí nebo krajem, příp. státem. Poskytovatelé vědí, jak služby fungují, a znají systémové a provozní záležitosti. Dokážou popsat stávající poptávku a předpokládané trendy a obecně se v celé problematice dobře orientují. Jejich přínos je proto v tomto ohledu nenahraditelný (13).

Zadavatelé sociálních služeb rozumíme zejména obce a kraje. Zadavatelé jsou odpovědní za zajištění sociálních služeb na příslušném území. Vstupují do procesu jako aktivní účastníci, zejména proto, že jsou garanty realizace výstupů komunitního plánování. Proto podpora komunitního plánování ze strany obce a jejich politických reprezentantů představuje nejzákladnější podmínku pro jeho uskutečňování (13).

Veřejností máme na mysli všechny ostatní zájemce, kterým nejsou sociální služby a jejich poskytování lhostejné a jsou schopni aktivně přispět k vytvoření plánu nebo jeho realizaci.

Uvedené skupiny, resp. jejich zástupce v rámci společné práce, jednání a setkávání vytvářejí efektivní systém spolupráce, navrhnou podobu sociálních služeb a podílejí se na realizaci jednotlivých konkrétních opatření, která jsou popsána v komunitním plánu. Proces komunitního plánu je však cyklický a hlavní kroky se v určitých intervalech vždy opakují. Součástí procesu je totiž i sledování toho, nakolik je komunitní plán naplňován, co se již podařilo realizovat nebo ve kterých oblastech je nutné navržený způsob řešení změnit (13).

1.9.2. Přínos komunitního plánování pro obce a kraj

- **Partnerství mezi všemi účastníky** – potřeby a cíle všech účastníků mají stejnou váhu. Názorům všech stran musí být dopřáno stejného prostoru.
- **Zapojování místního společenství** – při zapojování místního společenství je nutné hledat různé metody a formy oslovení a zapojení tak, aby nabídka ke spolupráci byla srozumitelná (např. podle bydliště, způsobu života, zájmů, socioetnické příslušnosti atd.). Nikdo nesmí být vylučován a diskriminován.
- **Hledání nových lidských a finančních zdrojů** – nelze zapomínat na spolupráci s podnikateli, která může být oboustranně přínosná, na význam práce dobrovolníků, svépomocných skupin, domácích pečovatelů včetně sousedské výpomoci. Komunitní plánování sociálních služeb je jedním z nástrojů pro zlepšení kvality života v obci.
- **Práce s informacemi** – je nezbytné zajistit rovný přístup k informacím uvnitř řídicí struktury a zajistit předávání informací veřejnosti. Budou-li informace pravidelně předávány, bude možné očekávat relevantní připomínky a podněty. Je nutné stanovit, jak bude možné vznášet připomínky a jak bude s připomínkami nakládáno.
- **Průběh zpracování komunitního plánu je stejně důležitý jako výsledný dokument** – komunitní plán nezpracovává skupina expertů. Proces komunitního plánování znamená vyhledávání, zapojování a diskusi různých lidí. Tento proces umožňuje, aby navržený systém sociálních služeb byl jedinečný a neopakovatelný a plně odpovídal místním potřebám, podmínkám a zdrojům.
- **Zohlednění již vytvořené spolupráce** – dobře fungující spolupráce může být inspirací pro ostatní účastníky komunitního plánování. Prohloubení spolupráce mezi všemi účastníky přináší kvalitnější nabídku sociálních služeb.
- **Kompromis přání a možností** – výsledkem komunitního plánování je vždy kompromisní řešení mezi tím, co chceme, a tím, co máme k dispozici. Možnosti v tomto případě nejsou pouze materiální, finanční a lidské zdroje, ale také dohoda vymezující, kdo a jak se bude na dosažení cílů komunitního plánování podílet (36).

1.10. Dokumenty a koncepce pro oblast sociálních služeb v kraji Vysočina

1.10.1. Program rozvoje kraje Vysočina

Nejdůležitějším dokumentem, který vymezuje regionální politiku v ČR je Strategie regionálního rozvoje – zásady regionální politiky a vlády ČR schválené jako usnesení vlády ČR č. 235 z 8. dubna 1998. Tyto zásady svěřují regionální politiku ČR třem úrovním – centrální, regionální a lokální.

Kraj tedy v samostatné působnosti zpracovává základní dokument regionálního rozvoje nazvaný Program rozvoje kraje.

Ten je tvořen třemi dokumenty. Jedná se i Profil kraje Vysočina, SWOT analýzu kraje Vysočina a samotnou programovou část Programu rozvoje kraje Vysočina. Programová část definuje základní rozvojové směry na úrovni hlavních cílů, které jsou čtyři. Ty jsou rozvedeny do jednotlivých dílčích cílů, v jejichž rámci je specifikováno 43 opatření.

Jedno z opatření tohoto dokumentu směřuje i do oblasti sociální péče a sociálních služeb. Jedná se o opatření 2.3.2 Udržení a zlepšení podmínek v oblasti sociální péče a sociální prevence, rozvíjení mechanismů boje proti společenské marginalizaci ohrožených skupin obyvatelstva.

Cíle tohoto opatření jsou stanoveny takto:

- a) Ustanovení udržitelné sítě sociálních služeb zakotvené ve střednědobém plánu se zohledněním nově vznikajících specifických potřeb (např. specializace péče lůžkových kapacit na péči o uživatele s nároky na zvláštní péči z důvodu specifických postižení, propojování systémů ústavní a domácí péče vytvářením podmínek pro realitní, paliativní a hospicovou péči)
- b) Realizování forem plánování sociálních služeb, založené na participaci občanů a na porovnávání efektivity a dostupnosti poskytovaných služeb, s možností reagovat na požadavky a potřeby obyvatel kraje
- c) Zajištění prevence vzniku a růstu počtu osob ohrožených sociálním vyloučením, včetně napomáhání odstraňování technických a sociálních bariér

- d) Zajištění metodické pomoci obcím a poskytovatelům služeb a zavádění vzdělávání při realizaci sociálních služeb s cílem zabezpečit služby v základní kvalitě
- e) Zavádění standardů kvality sociálních služeb u poskytovatelů v rámci kraje, v zařízeních zřizovaných krajem klást důraz na zlepšování životních podmínek v domovech důchodců a ústavech sociální péče
- f) Zajištění dostupnosti sociální služby pro obyvatele prostřednictvím nejvhodnějších subjektů poskytujících sociální služby
- g) Zvýšení aktivity nestátních neziskových organizací v oblasti sociálních služeb

1.10.2. Vize rozvoje sociálních služeb

Kraj Vysočina stejně jako ostatní kraje hledá východisko z poměrně nepřehledné situace. Cílem se stalo ustavit síť sociálních služeb, která vzejde ze vzájemné komunikace mezi samosprávou (krajskou a obecní) jako zadavatelem, poskytovateli sociálních služeb a jejich uživateli, bude vytvářena se zapojením všech aktérů, kterých se dotýká. Jedná se tedy o určování rozvoje této oblasti metodou komunitního plánování, která umožní ověřit míru potřebnosti jednotlivých projektů, popíše zdroje jejich financování a pomůže stanovit priority při alokaci zdrojů z veřejných rozpočtů. Uvedená metoda umožní najít rovnováhu mezi rozdílnými zájmy zúčastněných stran (dostupnost služeb pro uživatele, rozvoj vlastní činnosti a dostatek finančních prostředků pro poskytovatele, úsporné a efektivní vynakládání veřejných prostředků pro zadavatele) tak, aby aktéři si byli vědomi svého podílu na přípravě konečných rozhodnutí a znali důvod, proč jejich zájem nemůže být plně uspokojován.

Další podmínkou pro zařazení poskytovatelů do sítě sociálních služeb bude naplňování standardů kvality sociálních služeb. Jejich součástí je také využívání metod zjišťování a naplňování potřeb uživatelů a tím se stávají nezbytným doplněním komunikace v rámci komunitního plánování.

System stabilního financování sítě ustavené uvedeným způsobem zaručí obyvatelům kraje jistotu dostupné služby poskytované v garantované kvalitě. Pro

správce veřejných rozpočtů bude takový systém znamenat nástroj pro posuzování správnosti a efektivity vynakládání společných financí.

1.10.3. Projekty realizované s cílem naplňování vize

S cílem naplňování výše nastíněné vize připravil odbor sociálních věcí a zdravotnictví Krajského úřadu kraje Vysočina ve spolupráci s externími partnery projekty, jejichž popis následuje:

Komunitní plánování sociálních služeb v kraji Vysočina

Rada kraje přijala na svém jednání dne 1. března 2005 usnesení o tom, že považuje metodu komunitního plánování za vhodný nástroj k tvorbě sítě sociálních služeb na místní a regionální úrovni a předpokládá, že její výstupy budou v budoucnosti využívány při určování postupu kraje v oblasti podpory sociálních služeb.

V souvislosti s přijetím tohoto usnesení oslovil kraj nestátní neziskovou organizaci Agoru-CE, o.s. a jejím prostřednictvím realizoval svůj záměr.

Projekt byl podán do první výzvy Opatření 3.2 SROP grantového schématu „Podpora sociální integrace v kraji Vysočina 2004 – 2006“. Cílem projektu bylo podpořit tvorbu komunitních plánů sociálních služeb v obcích obecních úřadů s rozšířenou působností a jejich správních obvodech „nastartováním“ procesu komunitního plánování „od zdola“.

Bylo osloveno všech 15 obcí s obecním úřadem s rozšířenou působností a obce s pověřeným úřadem s možností zapojit se do tohoto projektu. Z těchto 15 oslovených obcí projevilo zájem o účast 13 z nich a 8 obcí s pověřeným úřadem a 1 subregion.

Hlavní aktivity projektu, které byly realizovány:

- a) Vzdělávací semináře – bylo uspořádáno 10 seminářů určených především pro vedoucí pracovních skupin, koordinátory procesu komunitního plánování na obcích

se zaměřením na facilitaci a vedení pracovních skupin, zapojování veřejnosti a tvorbu komunitních plánů.

- b) Mapování poskytovatelů sociálních služeb – vypracování dotazníku pro poskytovatele a jeho distribuce za účelem zjištění typu, rozsahu, kapacity, dostupnosti místní i časové a kvality služeb.
- c) Průzkum potřeb uživatelů – byl proveden opět dotazníkovou formou a byl určen jak pro stávající uživatele sociálních služeb, tak i pro potenciální uživatele z řad veřejnosti.
- d) Setkávání zadavatelů a poskytovatelů – schůzky zástupců zadavatelů (obcí) a poskytovatelů za účelem vzájemné komunikace a přípravy plánování.
- e) Příprava adresářů poskytovatelů sociálních služeb – vytvoření elektronické databáze, která bude obsahovat získané údaje o jednotlivých poskytovatelích, bude průběžně aktualizována a měla by být zveřejněna na webových stránkách obecních úřadů obcí s rozšířenou působností a obcí s pověřeným úřadem.
- f) Bude následovat vytištění tohoto adresáře z toho důvodu, aby tyto informace byly dostupné široké veřejnosti.
- g) Veřejná setkávání – se uskuteční v každé obci s obecním úřadem s rozšířenou působností s cílem zapojit veřejnost do procesu komunitního plánování.
- h) Zveřejňování výsledků pracovních skupin – průběžné informování o jednotlivých krocích směřujících k přípravě komunitních plánů budou zveřejňovány na webových stránkách, v místním tisku apod.
- i) Supervize uskutečněných aktivit – jedná se o korekci výstupů jednotlivých pracovních skupin
- j) Spolupráce s dalšími projekty – jde zejména o výměnu informací a spolupráci se skupinami, které jsou zapojeny v projektu vzdělávání v oblasti standardů kvality sociálních služeb, aktivní účast těchto poskytovatelů v pracovních skupinách.

Výhodou tohoto projektu je to, že se realizuje na území celého kraje ve stejném časovém období a s použitím jednotné metodiky. Po vyhodnocení provedených analýz poskytovatelů a potřeb uživatelů získá kraj jednotný zdroj dat v této oblasti. Minimálně

v 8 obcích s rozšířenou působností vzniknou do doby ukončení projektu zpracované komunitní plány sociálních služeb.

Tyto podklady budou sloužit pro tvorbu střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb na území kraje Vysočina. Projekt bude ukončen v červnu 2007.

Vzdělávání zadavatelů a poskytovatelů v oblasti standardů kvality sociálních služeb v rezidenčních zařízeních v kraji Vysočina

Kraj podával projekt do první výzvy Opatření 2.1 Sociální integrace a rovnost příležitostí OP RLZ na Ministerstvo práce a sociálních věcí.

Partnerem v tomto projektu je Národní vzdělávací fond, který má v této oblasti rozsáhlé zkušenosti.

Před podáním projektu kraj oslovil všechny poskytovatele pobytových služeb v kraji bez ohledu na zřizovatele. Do realizace se zapojilo celkem 19 domovů důchodců (13 krajských, 5 zřizovaných obcí a 1 nestátní nezisková organizace) a 9 ústavů sociální péče zřizovaných krajem. Do vzdělávacího programu je začleněno 28 vedoucích pracovníků a 38 pracovníků v přímé péči.

Hlavními cíly tohoto projektu bylo:

- a) Zvyšování kvality sociálních služeb.
- b) Připravit jednotlivé poskytovatele sociálních služeb na systém inspekcí a registrací.
- c) Dosáhnout, aby poskytovatelé přijali opatření k naplňování standardů kvality v sociálních službách.

Zvolené strategie k naplnění cílů:

- 1) Vzdělávání vedoucích pracovníků rezidenčních zařízení – ředitelé jednotlivých zařízení projdou dlouhodobým kurzem, ve kterém se seznámí se standardy kvality sociálních služeb, budou vedeni k porozumění hodnotám a principům, z nichž

standards vycházejí a k přijetí hodnot a takových procesů a opatření, která povedou k jejich naplňování.

- 2) Výcvik skupiny průvodců kvalitou sociálních služeb – skupina průvodců kvalitou bude vybrána z pracovníků poskytovatelů. V průběhu procesu bude podporovat poskytovatele při naplňování standardů kvality. Smyslem je podpořit talentované pracovníky a růst jejich kompetencí, podpořit standardy kvality a soběstačnost poskytovatelů v procesu naplňování standardů kvality.
- 3) Vytvoření podmínek pro vzdělávání v sociálních službách, resp. aplikace a konkretizace národních standardů kvality sociálních služeb do podmínek a potřeb poskytovatelů a uživatelů sociálních služeb v kraji Vysočina.

Projekt je založen na následujících principech:

- a) Provázení – poskytovatelé budou provázení procesem vzdělávání ve standardech kvality.
- b) Aplikace hodnot standardů do praxe – opak formálního vytváření dokumentace.
- c) Podpora týmové práce – zapojení a spolupráce všech subjektů (zřizovatel, management, pracovníci, uživatelé).
- d) Komunikace, efektivita, subsidiarita.

Vzhledem k tomu, že v kraji do té doby neproběhl žádný systematictější vzdělávací program, který by pracovníky tohoto typu služeb motivoval ke změnám, které budou souviset s přijetím zákona o sociálních službách, byla realizace projektu počínem směřujícím ke standardizaci v této oblasti.

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle

1. Zmapovat vzdělávání poskytovatelů sociálních služeb v rezidenčních zařízeních v kraji Vysočina v oblasti zavádění standardů kvality sociálních služeb.
2. Popsat současný stav naplňování standardů kvality sociálních služeb v rezidenčních zařízeních v kraji Vysočina.

2.2. Hypotézy

1. Nejméně naplňovaným standardem kvality sociální služeb v rezidenčních zřízeních v kraji Vysočina je standard č. 2 Ochrana práv osob.
2. Nejvíce naplňovaným standardem kvality sociálních služeb v rezidenčních službách v kraji Vysočina je standard č. 7 Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby.

Rezidenčními službami pro účely výzkumu této práce rozumíme pobytové sociální služby, a to domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy se zvláštním režimem.

3. Metodika

3.1 Použité metody

K dosažení cílů diplomové práce a ověření stanovených hypotéz jsem zvolila kombinaci kvantitativního a kvalitativního výzkumu a byly použity následující metody a techniky sběru dat.

3.1.1. Dotazník

V diplomové práci byl použit jako technika sběru dat dotazník, který se skládal ze tří částí. Obsahoval soubor otázek předem připravených na formuláři (dotazník je uveden v příloze 2). Dotazník je relativně nejrozšířenější a nejpopulárnější technika sociologického výzkumu.

V diplomové práci byl použit dotazník anonymní.

V dotazníku byly použity tyto typy otázek

- a) uzavřené – tvořili nejčastější druh otázek, které jsou charakteristické tím, že odpovědi a otázky jsou předem formulovány a dotazovaný vybírá odpověď, která se nejvíce blíží názoru respondenta. Nejužší uzavřenou otázkou jsou otázky alternativní (dichotomické), respondent si zde může vybrat pouze ze dvou variant. Pokud se vybírá z více variant, jedná se o otázky polytomické. Ke sběru dat byly použity otázky obojího typu (6).
- b) polouzavřené otázky – jsou kombinací uzavřené a volné otázky, nejčastěji se jedná o doplnění v otázce variantou „jiná odpověď“, také tento typ otázek byl v diplomové práci použit (6).

Dotazník byl částečně použit před zahájením realizace projektu v kraji Vysočina „Vzdělávání zadavatele a poskytovatelů v oblasti standardů kvality sociálních služeb v rezidenčních službách v kraji Vysočina“ z roku 2005. Další část dotazníku, a to zejména jeho část III., která se zabývá naplňováním jednotlivých kritérií standardů, byla

použita z realizovaného projektu MPSV „Vzdělávání inspektorů kvality sociálních služeb“ z přelomu roku 2006/2007.

Dotazník je rozdělen do 3 částí:

- 1) Údaje o zařízení – jedná se o údaje, které mají informativní charakter a poskytují základní informace o jednotlivých zařízeních. Jde o vymezení cílové skupiny, kapacity zařízení, o personálním zajištění sociální služby.
- 2) Současný stav zavádění standardů kvality sociálních služeb – v této části jednotliví poskytovatelé svoje stávající zkušenosti s touto problematikou.
- 3) Naplňování jednotlivých kritérií standardů kvality sociálních služeb – v poslední části dotazníku je rozepsán obsah jednotlivých kritérií standardů tak, jak se s nimi budou setkávat poskytovatelé sociálních služeb při realizaci inspekcí kvality sociálních služeb.

Pro celkové hodnocení tohoto dotazníku byla podstatná zejména část III, kde jsou rozepsána jednotlivá kritéria standardů kvality. Tato jednotlivá kritéria jsou hodnocena na bodové škále 0 – 3 a korespondují s hodnocením plnění standardů kvality sociálních služeb podle stupně splnění jednotlivých kritérií systému bodového hodnocení, která uvádí prováděcí předpis vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádí zákon o sociálních službách. Za každé splněné kritérium se započtou:

- a) 3 body, jestliže kritérium je splněno výborně,
- b) 2 body, jestliže kritérium je splněno dobře,
- c) 1 bod, jestliže kritérium je splněno dostatečně,
- d) 0 bodů, jestliže kritérium není splněno.

Vyhodnocení dotazníků tedy odráželo systém výše uvedeného přidělování bodů a dále bylo nutné zohledňovat, zda se jedná o kritéria zásadní či nikoli. Obsah jednotlivých standardů je uveden v příloze č. 1.

Poskytovatel sociálních služeb splňuje standardy kvality sociálních služeb:

- a) výborně, jestliže celkový počet bodů činí 90 až 100% z maximálního celkového počtu bodů,

- b) dobře, jestliže celkový počet bodů činí 70 až 89% z maximálního celkového počtu bodů,
- c) dostatečně, jestliže celkový počet bodů činí 50 až 69% bodů z maximálního celkového počtu bodů,
- d) nesplňuje standardy kvality sociálních služeb, jestliže
 1. celkový počet bodů je nižší než 50% z maximálního celkového počtu bodů nebo
 2. některé z kritérií, které je označeno jako zásadní není hodnoceno počtem bodů 2 nebo 3 (42).

Dotazník vyplňovali jednotliví poskytovatelé v průběhu měsíců listopad 2006 až březen 2007. Po předcházející domluvě jsem do jednotlivých organizací donesla dotazník osobně a s vedoucími pracovníky a pracovníky týmu, kteří se zabývají aplikací standardů kvality sociálních služeb v organizaci, jsme dotazníky vyplnili. Dotazník byl zpracován v programu Microsoft Office Exel, takže po zadávání naplňování kritérií a předělování bodů se automaticky počítal celkový počet bodů a jeho procentní podíl a dále se počítal počet zásadních kritérií, u kterých bylo bodové ohodnocení 0 a 1 bodu.

3.1.2. Rozhovor

Rozhovor je technika terénního sběru informací, kdy jsou potřebné informace od zkoumaných osob získávány prostřednictvím záměrně cílených otázek, kladených respondentovi v rozhovoru vedeném tváří v tvář nebo telefonicky. Rozhovor je ucelená soustava ústního jednání mezi tazatelem a respondentem, v němž výzkumník získává informace prostřednictvím otázek směřujících ke zjištění skutečností, které se vztahují ke zkoumané společenské realitě (9).

Rozhovor lze rozdělit:

- nestandardizovaný (neřízený) – nemá stanovenou přesnou formulaci a pořadí otázek, používá se většinou v počátečních fázích výzkumu při sondáži dosud

málo známého problému. Je používán v pilotní studii, při níž zjišťujeme, zda informace, kterou požadujeme, vůbec existuje a zda je dosažitelná (6).

- polostandardizovaný (polořízený) – postrádá zpravidla některou z charakteristik standardizovaného rozhovoru, mezi jeho nevýhody patří velká náročnost pro tazatele a obtížná statistická zpracovatelnost výsledků (6).

Rozhovory jsem provedla se dvěma skupinami respondentů, a to s managementem organizací a s pracovníky v sociálních službách. Mezi management jsem zařadila ředitele organizací, sociálního pracovníka zařízení, neboť je podřízen přímo řediteli a také vrchní sestry, které se velmi často podílely na zavádění standardů kvality sociálních služeb.

Druhá skupina byla reprezentována pracovníky, kteří vykonávají přímou obslužnou péči o uživatele. Jedná se tedy o pracovníky, kteří jsou v osobním kontaktu s uživateli, zajišťují jejich každodenní potřeby.

3.1.3. Analýza (studium) dokumentů

Analýza dokumentů je analýzou jakýchkoliv dokumentů, které nebyly vytvořeny za účelem našeho výzkumu. Dokumentem je v sociologii chápán jakákoliv způsob zachycení informací na hmotném médiu. Podle toho dělíme dokumenty na tištěné nebo psané na papíře, na magnetofonových páscích, na videozáznamech, fotografiích, cd atd. Společenské jevy se zkoumají na základě oficiálních, osobních a jiných dokumentů a sociologické informace jsou z nich získávány na základě analýzy významu. Obsahová analýza dokumentů je objektivní analýza sdělení jakéhokoliv druhu. Může se zabývat obsahem, formou, autorem i adresátem sdělení (6).

Jednalo se převážně o dokumenty zpracované ve vztahu k aplikaci standardů kvality sociálních služeb. Určitá kritéria standardů kvality sociálních služeb totiž vyžadují, aby je měl poskytovatel zpracovány v písemné podobě např. poskytovatel má písemně definováno poslání (standard č. 1). Dalšími dokumenty jsou interní směrnice poskytovatelů, které rovněž souvisí s oblastí standardů kvality sociálních služeb. Jedná se např. o pracovní řády, domácí řády, provozní pokyny, ceníky poskytovaných

sociálních služeb, etické kodexy, dotazníky pro zjišťování spokojenosti s poskytovanou sociální službou.

3.2. Složení souboru a jeho charakteristika

Kritériem výběru zkoumaného souboru byli poskytovatelé pobytových zařízení sociálních služeb (rezidenční služby) v kraji Vysočina. Oslovila jsem v rámci výzkumu všechny výše uvedené poskytovatele těchto sociálních služeb bez ohledu na to, kdo je jejich zřizovatelem.

Sledované organizace jsou poskytovatelé pobytových služeb, jde o domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy se zvláštním režimem v kraji Vysočina. Většina z nich je zapojena do projektu podpořeném z Operačního programu Rozvoj lidských zdrojů, který se právě věnuje oblasti vzdělávání těchto poskytovatelé v oblasti standardů kvality sociálních služeb.

Jednalo se o 22 příspěvkových organizací (domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy se zvláštním režimem) kraje Vysočina, dále o 8 příspěvkových organizací obcí (domovy pro seniory) a 3 nestátní neziskové organizace – domovy pro seniory zřizované církví.

Po oslovení a seznámení se s účelem výzkumu bylo se mnou ochotno dále spolupracovat všech 22 příspěvkových organizací kraje, 4 příspěvkové organizace obcí a 2 nestátní neziskové organizace. Celkem se tedy jedná o 28 organizací. V průběhu realizace výzkumu došlo ke sloučení dvou domovů pro seniory zřizované krajem (DS Kubešova – Koutkova), proto je v seznamu uvedeno pouze 21 organizací. Dotazníky však vyplňovaly jako samostatné příspěvkové organizace. Seznam organizací je uveden v příloze 3.

4. Výsledky

4.1. Výsledky dotazníkového šetření

I. část – Údaje o organizaci

Tuto část bez větších obtíží vyplnily všechny organizace. Výsledky této části dotazníku jsou uvedeny ve třech tabulkách. Tabulka 3 uvádí souhrnný přehled příspěvkových organizací zřizovaných krajem a jsou v ní vyčleněny samostatně domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy se zvláštním režimem.

Tabulka 3 - Celkový souhrn příspěvkových organizací kraje Vysočina

NÁZEV ZAŘÍZENÍ	Domovy pro seniory - krajské	Domovy pro os.ze ZP a zvl. režimem - krajské	CELKEM
UŽIVATELÉ			
Celkem	1470	895	2365
Ženy	1023	215	1238
Muži	447	680	1127
Délka pobytu			
do 1 roku	347	61	408
do 3 let	469	91	560
do 5 let	309	68	377
do 7 let	145	82	227
do 10 let	136	131	267
nad 10 let	149	462	611
PERSONÁLNÍ OBSAZENÍ			
Celkem	707	541	1248
Vedení celkem	65	42	107
Vzdělání vedoucích pracovníků			
vysokoškolské	8	8	16
středoškolské odborné	17	11	28
středoškolské jiné	27	25	52
Základní	13	1	14
Přímá péče celkem	366	344	710
Vzdělání pracovníků přímé péče			
vysokoškolské	8	21	29
středoškolské odborné	163	144	307
středoškolské jiné	114	154	268
Základní	134	93	227
Věková struktura pracovníků			

do 30 let	88	58	146
do 40 let	152	103	255
do 50 let	204	152	356
nad 50 let	155	150	305
Doba působení v zařízení			
do 6 měsíců	38	25	63
do 2 let	94	55	149
do 5 let	163	68	231
do 7 let	53	43	96
do 10 let	87	79	166
nad 10 let	175	193	368
Stážistí a dobrovolníci			
počet osob	24	6	30
BUDOVA/BUDOVY			
počet objektů	22	44	66
z toho pro klienty	19	32	51
z toho správní *	2	7	9

Zdroj: vlastní výzkum

* pokud administrativní zařízení sídlí pouze ve společných budovách s klienty, pak je uveden počet správních budov 0

Tabulka 4 zahrnuje ostatní oslovené respondenty, tedy příspěvkové organizace obcí a nestátní neziskové organizace, které provozují domovy pro seniory.

Tabulka 4 Příspěvkové organizace obcí a nestátní neziskové organizace

NÁZEV ZAŘÍZENÍ	Dům klidného stáří Žďár nad Sázavou	Diakonie ČCE Myslibořice	DD Telč	DD Soc. sl. města Havlíčkův Brod	Domov bl. Bronislavy Humpolec	DD Světlá nad Sázavou	
UŽIVATELE							CELKEM
Celkem	51	138	49	120	27	83	468
ženy	41	97	28	100	24	57	347
muži	10	47	21	20	3	26	127
Délka pobytu							
do 1 roku	14	34	12	59	6	14	139
do 3 let	18	26	20	61	6	15	146
do 5 let	5	24	8	0	7	22	66
do 7 let	14	16	0	0	5	14	49
do 10 let	0	17	5	0	2	11	35
nad 10 let	0	21	4	0	1	7	33
PERSONÁLNÍ OBSAZENÍ							
Celkem	36	79	26	43	11	41	236

Vedení celkem	3	7	4	8	2	3	27
Vzdělání vedoucích pracovníků							
vysokoškolské	1	2	1	3	1	0	8
středoškolské odborné	1	5	1	5	1	1	14
středoškolské jiné	1	0	2	0	0	2	5
základní	0	0	0	0	0	0	0
Přímá péče celkem	18	37	22	35	9	21	142
Vzdělání pracovníků přímé péče							
vysokoškolské	2	5	0	0	0	2	9
středoškolské odborné	18	24	0	18	7	6	73
středoškolské jiné	13	10	8	6	0	19	56
základní	3	40	14	11	2	11	81
Věková struktura pracovníků							
do 30 let	3	13	2	6	0	5	29
do 40 let	11	15	8	11	6	12	63
do 50 let	16	26	11	12	1	11	77
nad 50 let	6	25	5	14	2	13	65
Doba působení v zařízení							
do 6 měsíců	8	3	1	1	0	4	17
do 2 let	6	16	1	24	1	5	53
do 5 let	11	12	6	18	1	9	57
do 7 let	2	7	3	0	1	12	25
do 10 let	7	9	0	0	1	7	24
nad 10 let	2	32	15	0	5	4	58
Stážisté a dobrovolníci							
počet osob	1	6	0	8	0	4	19
BUDOVA/BUDOVY							
počet objektů	1	1	3	1	1	1	8
z toho pro klienty	1	1	2	1	1	1	7
z toho správní *	0	0	1	0	0	0	1
Typy dalších poskytovaných služeb	x	x	x	x	x	ano	

Zdroj: vlastní výzkum

* pokud administrativní zařízení sídlí pouze ve společných budovách s klienty, pak je uveden počet správních budov 0

Tabulka 5 je potom celkovým přehledným souhrnem organizací zapojených do výzkumu.

Tabulka 5 celkový souhrn z dotazníků od všech poskytovatelů

NÁZEV ZAŘÍZENÍ	Domovy pro seniory - krajské	Domovy pro osoby se ZP a zvl. režimem - krajské	Domovy pro seniory - ostatní	CELKEM
UŽIVATELÉ				
Celkem	1470	895	468	2833
ženy	1023	215	347	1585
muži	447	680	127	1254
Délka pobytu				
do 1 roku	347	61	139	2918
do 3 let	469	91	146	706
do 5 let	309	68	66	443
do 7 let	145	82	49	276
do 10 let	136	131	35	302
nad 10 let	149	462	33	644
PERSONÁLNÍ OBSAZENÍ				
Celkem	707	541	236	1484
Vedení celkem	65	42	27	134
Vzdělání vedoucích pracovníků				
vysokoškolské	8	8	8	24
středoškolské odborné	17	11	14	42
středoškolské jiné	27	25	5	57
základní	13	1	0	14
Přímá péče celkem	366	344	142	852
Vzdělání pracovníků přímé péče				
vysokoškolské	8	21	9	38
středoškolské odborné	163	144	73	380
středoškolské jiné	114	154	56	324
základní	134	93	81	308
Věková struktura pracovníků				
do 30 let	88	58	29	175
do 40 let	152	103	63	318
do 50 let	204	152	77	433
nad 50 let	155	150	65	370
Doba působení v zařízení				
do 6 měsíců	38	25	17	80
do 2 let	94	55	53	202
do 5 let	163	68	57	288
do 7 let	53	43	25	121
do 10 let	87	79	24	190
nad 10 let	175	193	58	426
Stážisti a dobrovolníci				
Počet osob	24	6	19	49
BUDOVA/BUDOVY				
počet objektů	22	44	8	74

z toho pro klienty	19	32	7	58
z toho správní	2	7	1	10

Zdroj: vlastní výzkum

II. část - Současný stav zavádění Standardů kvality sociálních služeb

Otázka č. 1 – úroveň zavádění standardů kvality sociálních služeb

- a) Začínáme, získáváme informace
- b) Některé ze standardů máme zavedeny
- c) Nacházíme se ve fázi zavádění
- d) V organizaci proběhla pilotní inspekce
- e) Standardy kvality jsou běžnou součástí námi poskytované služby

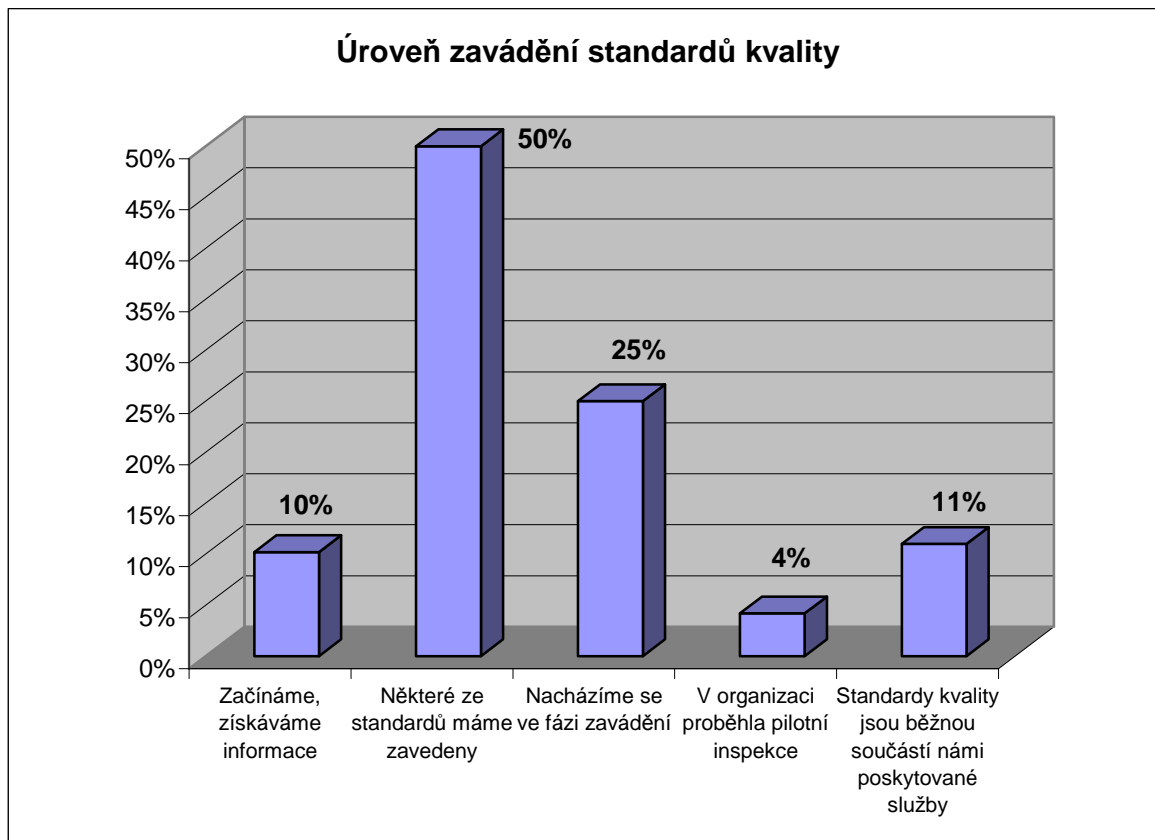
Z 28 oslovených organizací jich 25 (89 % respondentů) odpovědělo, že mají v nějaké fázi standardy kvality zavedeny. Odlišná je ovšem úroveň zavádění, většina respondentů se totiž nachází ve fázi, kdy mají v organizaci zavedena určitá pravidla a snaží se je implementovat do praxe.

Je zřejmé, že při realizaci inspekci kvality sociálních služeb by měli tito poskytovatelé problémy s průkazným doložením toho, že jejich vnitřní pravidla mají vazbu na jednotlivá kritéria standardů kvality sociálních služeb.

Poskytovatelé, u kterých proběhla pilotní inspekce, potvrdili, že většina jejich materiálů byla hodnocena nedostatečně a vyžadovala další úpravy tak, aby byly v souladu s naplňováním standardů kvality sociálních služeb.

Rozložení úrovně zavádění standardů kvalit sociálních služeb u organizací, které potvrdily, že se nacházejí v určité fázi implementace je uvedeno v grafu 1.

Graf 1 Stav zavádění standardů kvality sociálních služeb



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 2 - naplňování jednotlivých standardů ve vztahu k obtížnosti jejich implementace

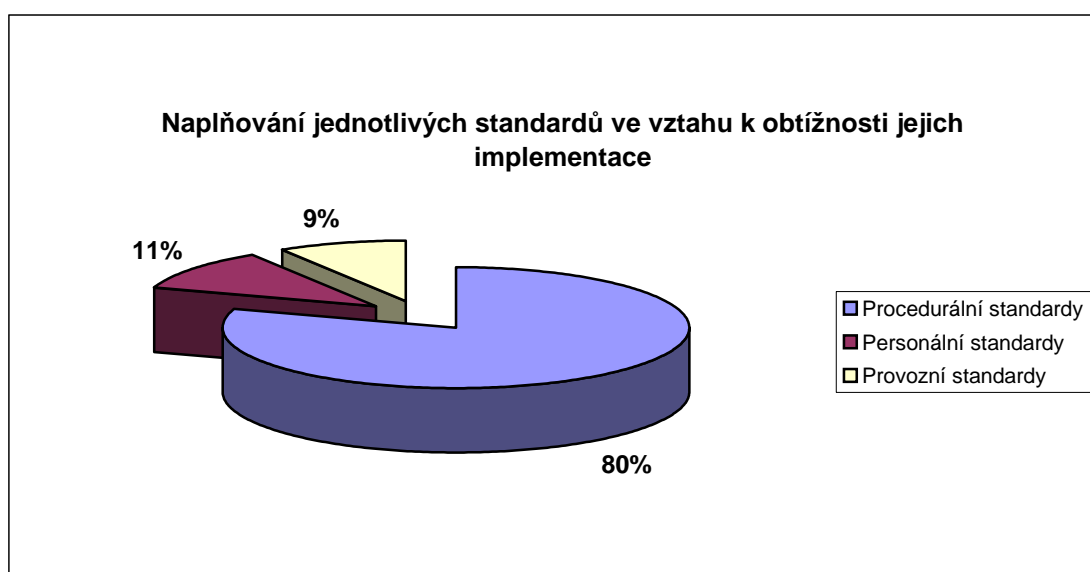
- a) Procedurální standardy – č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- b) Personální standardy – č. 9, 10
- c) Provozní standardy – č. 11, 12, 13, 14, 15

V této otázce se respondenti vyjadřovali k náročnosti zavádění jednotlivých standardů, které byly pro tento účel vymezeny jako procedurální, personální a provozní s tím, že měli možnost označit čísla jednotlivých standardů patřících do těchto 3 oblastí.

Na základě výsledků získaných z této části dotazníku je možné konstatovat, že poskytovatelé považují za nejobtížněji implementovatelné standardy procedurální, což potvrdilo 80% respondentů, kteří mají určitou zkušenost se zaváděním standardů. Personální standardy považuje za nejobtížnější oblast 11% poskytovatelů a 9% potom označuje provozní standardy.

Poměr je názorně uveden v grafu 2.

Graf 2 Náročnost oblasti standardů kvality na zavádění



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 3 - překážky v zavádění standardů kvality sociálních služeb

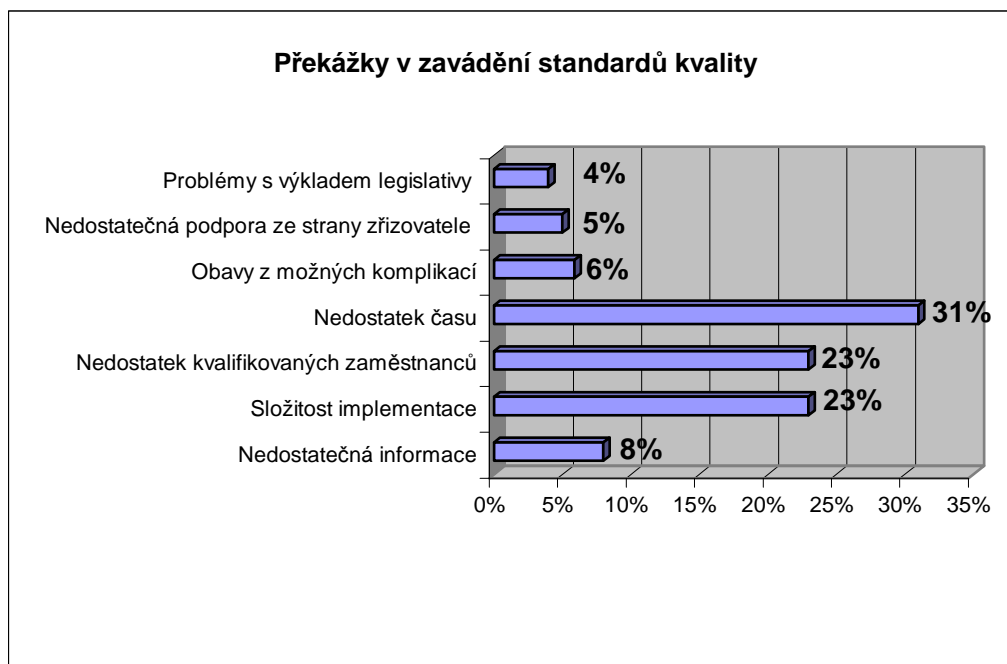
- Nedostatečné informace
- Složitost implementace standardů
- Nedostatek kvalifikovaných zaměstnanců
- Nedostatek času
- Obavy z možných komplikací

Oslovení poskytovatelé si uvědomují, jaké existují překážky, které brání zavádění standardů kvality do praxe a rovněž tak vědí, co by měli učinit proto, aby došlo k nápravě tohoto stavu. Z odpovědí na tuto otázku lze usoudit, že se k sobě ve svých postojích a názorech na tuto otázku velmi přibližují a že většina respondentů vnímá tuto oblast přibližně stejně. Je zde nutné upozornit, že mimo předem naformulovaných možností odpovědi, měli k této otázce pro sdělení vlastního názoru.

Za největší překážku považují respondenti přetrvávající nedostatek času na proces zavádění standardů kvality sociálních služeb (31% respondentů). Jako další se jim jeví oblast složitosti výkladů této problematiky v rámci různých vzdělávacích seminářů a jejich následná implementace (23% respondentů), tíživou oblastí pak pro ně je nedostatek kvalifikované personálu (23% respondentů), a to zejména s ohledem na nutnost dodržování odborné způsobilosti zaměstnanců ve vztahu k zákonu o sociálních službách. Mezi další ukazatele lze zařadit obavy z možných komplikací souvisejících s případnými změnami (6% respondentů). Příspěvkové organizace (zřizované krajem i obcemi) pociťují nedostatečnou podporu ze strany zřizovatele, sice oceňují možnost zapojit se do vzdělávacích projektů týkajících se zavádění standardů kvality sociálních služeb, ale postrádají určitou zpětnou vazbu, ocenění či upozornění na nečinnost („...potřebujeme reflexi, neboť ztrácíme motivaci, někteří z kolegů vzdělávání prospí a jsou na tom stejně, jako my, kteří se snažíme problém řešit...“) (5% respondentů). Oslovení poskytovatelé vyjadřují potíže spojené problémy s výkladem legislativy (4% respondentů). Chybí jim rovněž dostatek potřebných informací pro zavádění standardů kvality v jejich organizaci (8% respondentů).

Jednotlivé odpovědi s procentuálním vyjádřením četnosti jsou uvedeny v grafu 3.

Graf 3 Překážky v zavádění standardů kvality sociálních služeb



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 4 byla pouze vyjádřením sdělení, zda se respondenti zapojili či účastnili vzdělávání v oblasti zavádění standardů kvality sociálních služeb. Na tuto otázku odpovědělo všech 28 respondentů kladně, byla tedy zodpovězena 100%.

Otázka č. 5 - Jaká témata jste v absolvovaném vzdělávání postrádali nebo jim byla věnovaná malá časová dotace? Uveďte, prosím, 3 okruhy témat.

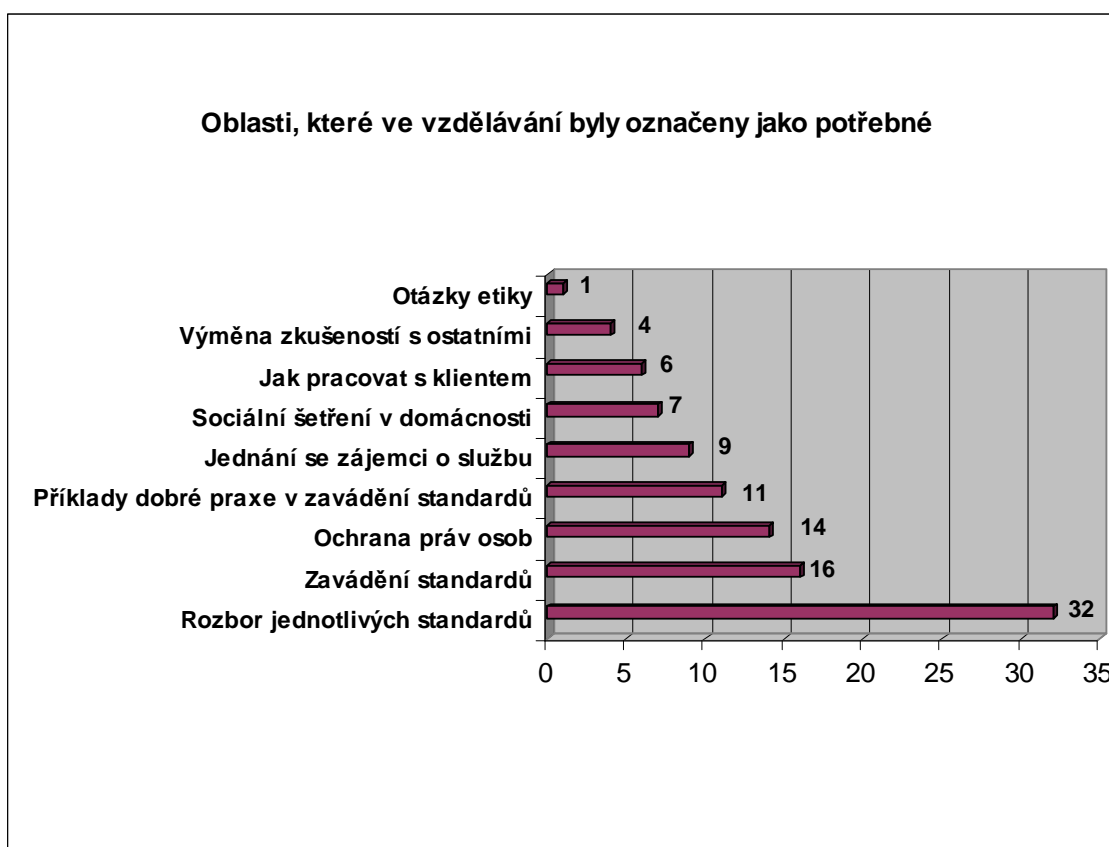
Tato otázka je v dotazníku položena jako otázka otevřená, na kterou měli respondenti možnost vyjádřit svoje vzdělávací potřeby. Přesto, že všichni byli či jsou zapojeni do vzdělávání v této oblasti, lze z odpovědí usoudit, že existují témata, která jsou dle názorů respondentů v průběhu vzdělávání stále nedostatečně či povrchně projednávána, eventuelně by přivítali u určitých oblastí vyšší časovou dotaci s názornými příklady.

Tyto oblasti je možné rozdělit na dvě části, a to na část která jim přinesla potřebné informace, byla pro ně prospěšná. Druhá část se týká oblastí, kterým by bylo třeba

věnovat více času a pozornosti. Z 28 oslovených respondentů odpověděli na tuto otázku všichni oslovení.

Výstupy jednotlivých témat jsou uvedeny v následujících grafech.

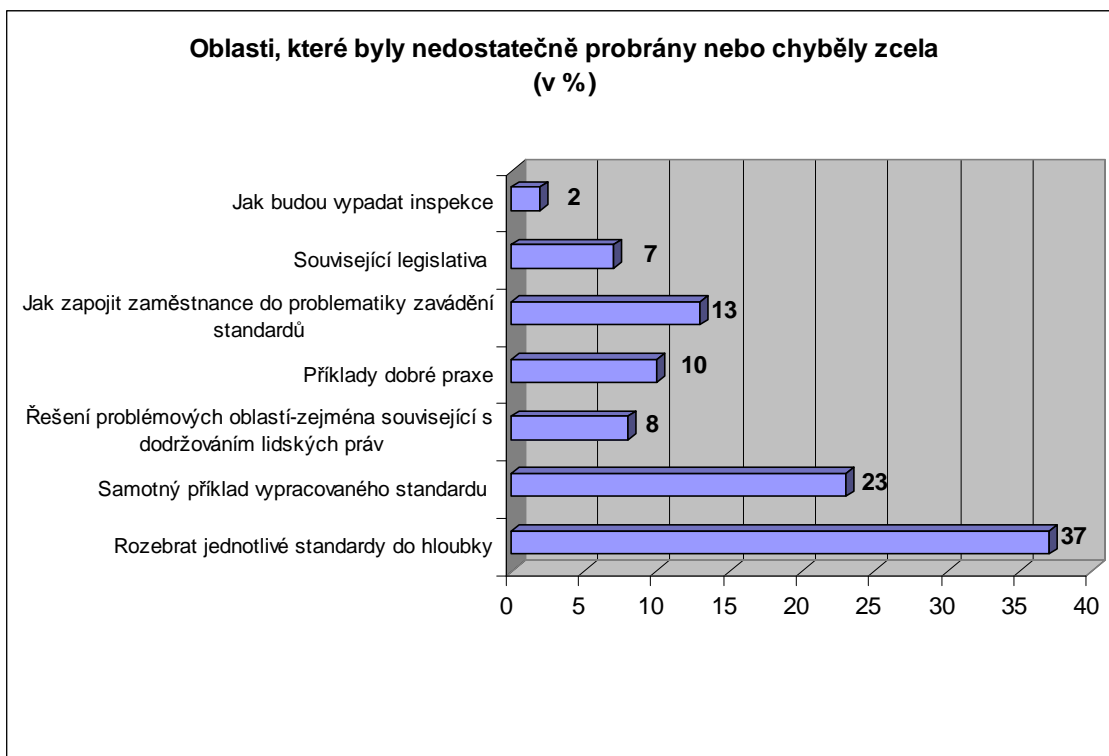
Graf 4 Oblasti, které ve vzdělávání byly označeny jako potřebné



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu 4 lze vypočítat, že nejvíce potřebnou pro oslovené poskytovatele sociálních služeb se jeví stále rozbor jednotlivých standardů. Je evidentní, že přes zajištění možnosti vzdělávat se v oblasti standardů kvality, přetrvávají problémy s tím, jak uchopit jednotlivé standardy kvality sociálních služeb a jak s nimi v organizacích pracovat.

Graf 5 Oblasti, které byly nedostatečně probrány nebo chyběly zcela



Zdroj: vlastní výzkum

III. část - Naplňování jednotlivých kritérií standardů kvality sociálních služeb

Tato část dotazníku vycházela ze zjišťování naplňování jednotlivých kritérií standardů tak, jak jsou v této chvíli připraveny pro pilotní či cvičné inspekce, které probíhají v rámci projektu MPSV „Vzdělávání inspektorů kvality sociálních služeb“. Jejich vyhodnocování probíhá přesně podle dikce zákona a poskytovatelé, kteří se do tohoto projektu přihlásili z důvodu zjištění situace v zavádění standardů právě v jejich organizaci a současně i s tím, jak budou inspekce probíhat, si tak mohou ověřit svoje kompetence v této oblasti.

Mimo bodových ohodnocení se zde pracuji i s předkládanými a dostupnými materiály, metodikami a dalšími podklady, kterými poskytovatelé disponují a které jsou pro ně podstatné ve vztahu implementace standardů do praxe jejich služby. Tato pasáž je v dotazníku označena jako „důkaz“.

Dalšími podstatnými údaji jsou označení toho, zda se jedná o naplňování kritéria zásadního či nikoliv. V prováděcí vyhlášce je uvedeno, že zásadní kritéria musí dosahovat hodnot 2 nebo 3 body. Takže pokud poskytovatel sice dosáhne relativně vysokého počtu bodů, ale zásadní kritéria nebudou takto bodově ohodnocena, není možné, aby úspěšně inspekci kvality sociálních služeb absolvoval.

Standard č. 1 – Cíle a zásady poskytovaných sociálních služeb

Tento standard není zcela naplňován. Přesto, že se jedná o zásadní kritérium vyjadřující poslání a existenci organizace a jí poskytované služby, mezi jednotlivými respondenty se objevují potíže v porozumění kritériím tohoto standardu. Často jsou uváděny obecné hodnoty, vzletné cíle, často nereálné s ohledem na možnosti poskytovatele ve vztahu k personálu, nedostatečně vypracovaným metodickým postupům k tomuto standardu. Poskytovatelé mají tendenci do cílů uvádět základní činnosti daného druhu sociální služby. Tento standard požaduje písemně definované poslání, cíle, zásady poskytované služby a cílovou skupinu uživatelů.

Standard č. 2 – Ochrana práv osob

Ochrana práv uživatelů sociálních služeb a ochrana lidských práv obecně je pro respondenty obecně nejobtížnějším standardem. Ani jeden z oslovených respondentů nedosáhl v tomto standardu maximálního bodového ohodnocení 3 body. Je však nutné konstatovat, že si uvědomují závažnost ochrany práv uživatelů služeb, přesto je to pro ně stále abstraktní oblast. Objevuje se i postoj, že u některých uživatelů nelze vycházet z jejich požadavků, neboť nejsou schopni s ohledem na svůj zdravotní stav vyjádřit objektivně svoje přání, potřeby, požadavky. Rozdíly mezi oslovenými respondenty byly zřetelné mezi domovy pro seniory a domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy se zvláštním režimem, kde se potýkají s otázkou výkonu opatrovnictví

u uživatelů s omezenou způsobilostí k právním úkonům. Zde je otázka naplňování tohoto kritéria pro poskytovatele palčivější a vnímají ji jako velmi náročnou s ohledem na implementaci tohoto standardu. Standard vyžaduje písemně zpracovaná pravidla pro všechna jeho kritéria.

Mimo dvou kritérií týkajících se pravidel pro přijímání darů jsou všechna kritéria považována za zásadní, což činí respondentům další potíže.

Standard č. 3 – Jednání se zájemce o sociální službu

Většina respondentů má nastavena písemná vnitřní pravidla pro informování zájemců

o sociální službu. Je pro ně důležité, aby zájemce měl prostor a čas pochopit sdělované informace. Jednání obvykle vede sociální pracovník, který se již při tomto kontaktu zabývá požadavky, očekáváními a cíli potencionálního uživatele jeho služby s ohledem na jeho schopnosti a možnosti.

Rovněž tak mají respondenti vypracovány písemné postupy pro odmítnutí zájemce z důvodů, které jsou uvedeny v zákoně.

Standard č. 4 – Smlouva o poskytování služby

Pro drtivou většinu respondentů (mimo nestátní neziskové organizace) zcela nový aspekt. Do účinnosti zákona o sociálních službách byla rozhodnutí o umístění vydávána buď krajskými nebo obecními úřady. V naplňování tohoto standardu dosahuje většina respondentů bodové hodnoty 2, což je nutné kladně ocenit s ohledem na změnu legislativy. Většina příspěvkových organizací však očekávala větší míru podpory ze strany zřizovatele při přípravě návrhu smluv. Byly vysloveny obavy z možných soudních řízení, pokud by například rodinní příslušníci měli k uzavřeným smlouvám výhrady (u rodinných příslušníků uživatelů s omezenou způsobilostí k právním úkonům či u uživatelů obtížemi v komunikaci). Právě z těchto důvodů si téměř všichni respondenti nechali vypracovat smlouvy od právníků. Smlouvy jsou však mnohastránkové a v praxi potom trvá déle jejich projednávání s uživateli tak, aby

obsahu smlouvy porozuměli. První kritérium tohoto standardu vyžaduje písemná pravidla pro uzavírání smlouvy.

Standard č. 5- Individuální průběh sociální služby

Standard, jehož smyslem je posilování dovedností a schopností uživatele sociální služby tak, aby si tyto schopnosti mohl udržet co nejdéle. Je nutné zohledňovat rozdíly mezi podporou a péčí, která spíše v dlouhodobém horizontu uživatele spíše zneschopňuje a činí ho závislým na službě. Je nutné mít písemně zpracována vnitřní pravidla, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocení procesu poskytování služby. Naplňování jednotlivých kritérií tohoto standardu je pro poskytovatele náročné i s ohledem na ustanovení klíčových pracovníků, což je vázáno na kvalifikovaný personál a na to, aby nebyl pracovník ustanoven pouze formálně.

Standard č. 6 – Dokumentace o poskytování sociální služby

S naplňováním tohoto standardu nemají respondenti větší potíže, mají zpracována vnitřní pravidla pro zpracování, vedení a evidenci dokumentace uživatelů služby. Jsou požadována písemná vnitřní pravidla pro zpracování, vedení a evidenci dokumentace, včetně jasně daných pravidel, kdo smí do této dokumentace nahlížet.

Standard č. 7 – Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby

Všichni oslovení respondenti dosáhli v zásadních kritériích tohoto standardu bodu 2 nebo 3, což svědčí o úspěšném naplňování tohoto kritéria. V organizacích existují vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností. Uživatelé jsou informováni jak při zahájení poskytování služby, tak i během její realizace o možnosti podat stížnost, na koho je možné se obracet s tím, že mohou zvolit zástupce pro podání a vyřizování stížností. Respondenti mají vypracovanou evidenci stížností a způsob jejich vyřízení. Oslovení respondenti měli písemně vypracována vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností.

Standard č. 8 – Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje

Tento standard je z velké části vázán na to, kde je zařízení umístěno. Respondenti vyjadřují obtížnost naplňování jednotlivých kritérií tohoto standardu, pokud je jejich zařízení umístěno v malé obci, kde je často jejich zařízení jediným poskytovatelem sociální služby. Přesto se i v těchto případech snaží alespoň navazovat aktivní kontakty s místní společností a zapojování jejich uživatelů do kulturního života například obce. Organizace usilují o podporu udržování vazeb s přirozeným prostředím, odkud uživatelé přicházejí, zejména s rodinou, přáteli a známými. Rozdílnost v plnění jednotlivých kritérií tedy odráží vlastní geografické umístění organizace.

Standard č. 9 – Personální a organizační zajištění sociální služby

Všichni respondenti mají zpracovanou organizační strukturu s počtem pracovních míst, kvalifikačními předpoklady. Dle jejich sdělení se potýkají s tím, že poměrně značná část pracovníků v sociálních službách (pracovníků v přímé péči) nesplňuje kvalifikační předpoklady dané zákonem o sociálních službách. Tato skutečnost souvisí s naplňováním předcházejícího standardu, neboť v organizacích, které jsou hůře dopravně dostupné, je dle sdělení ředitelů i více pracovníků nesplňujících kvalifikaci. Obtížněji je naplňováno i kritérium týkající se pravidel pro zaškolování nových zaměstnanců.

Standard č. 10 – Profesní rozvoj zaměstnanců

Tento standard vystupuje do popředí právě v souvislosti s poskytováním kvalitní sociální služby. Ředitelé organizací pečlivě vybírají školení a vzdělávání pro sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách, uvědomují si, že s rostoucí profesionalitou těchto pracovníků budou lépe a kvalitněji poskytovat služby, a to i návaznosti na implementaci standardů kvality sociálních služeb. Zvyšování kvalifikace a i průběžné hodnocení zaměstnanců naráží na finanční možnosti vedení organizací. Rovněž tak problematika podpory zaměstnanců nezávislým odborníkem – supervizorem je pokládána za nutný standard v prevenci syndromu vyhoření.

Standard č. 11 – Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby

Tento standard je naplňován velmi dobrým způsobem, organizace dosahovali bodového ohodnocení 2 nebo 3 body. Je pojat ve vztahu k „provozním hodinám“ organizace, nejsou striktně vymezeny návštěvní hodiny, snaží se vyjít vstříc rodině, přátelům uživatelů jejich služby. V naplňování tohoto standardu spatřují i to „otevřít zařízení“ lidem z venku. Nemají zájem argumentovat desítkami čekajících žadatelů v pořádku, ale uvědomují si, že se vše váže od nabídky služeb a od toho, že určitá část lidí si podává žádost o umístění do domova pro seniory („...aby měli jistotu, že budou moci někdy v budoucnu službu využít.“) a je tak umělým způsobem vytvářena poptávka po pobytových službách.

Standard č. 12 – Informovanost o poskytované sociální službě

Naplňování tohoto standardu spatřují poskytovatelé v šíření a zveřejňování informací o poskytované sociální službě. Tyto informace se snaží podávat ve srozumitelné formě okruhu osob, kterým je určena.

Respondenti dosáhli při naplňování standardu č. 12 nejčastěji bodového ohodnocení 2 body.

Standard č. 13 – Prostředí a podmínky

Poskytované sociální služby by měly mít takové provozní podmínky, které odpovídají jejich cílové skupině uživatelů. Vybavení se týká vnitřního i vnějšího prostředí, možnosti zapůjčování kompenzačních pomůcek atd. S ohledem na pobytové služby pro seniory či osoby se zdravotním postižením je kladen důraz na vytváření důstojné prostředí a možnost uchování určitého soukromého prostoru.

Oslovené organizace uvedly, že jejich uživatelé mají možnost si zařídit pokoj svým nábytkem, předměty, ke kterým mají určitou citovou vazbu. Je však nutné brát v úvahu prostory, do kterých se stěhují i to, aby nebyl omezován jejich „spolubydlící“. Problém totiž vzniká u domovů s většinou více lůžkových pokojů, kde není vždy možné zajistit soukromí uživatelů umístěných na těchto pokojích.

O těchto možnostech a podmínkách jsou však uživatelé informováni již v době, kdy s nimi organizace jedná jako s potencionálními uživateli, tedy zájemci o jejich službu. Naplňování tohoto standardu nepřináší respondentům obtíže a byl hodnocen převážně body 3 nebo 2.

Standard č. 14 – Nouzové a havarijní situace

Od poskytovatelů sociálních služeb se očekává odbornost, ale také bezpečí a spolehlivost v poskytování služeb. Nejčastěji je naplňování tohoto standardu chápáno respondenty jako vypracování postupů pro události, které jsou všem obecně známé jako je např. požár, porucha vodovodu, přírodní katastrofa apod. Již méně do naplňování standardu zahrnují situace, které rovněž souvisejí s poskytováním služby. Lze sem zařadit nedostatek pracovníků po přechodnou dobu, nedostatek finančních prostředků. Rovněž tak se jedná o situace ve vztahu k uživatelům – situace, kdy uživatel neotevírá, nalezení mrtvého uživatele, úrazy atd. Rizika plynoucí z těchto situací jsou často podceňována či jsou zaznamenána pouze formálně, nejsou aktualizována, není dostatečně informován personál.

Standard č. 15 – Zvyšování kvality sociální služby

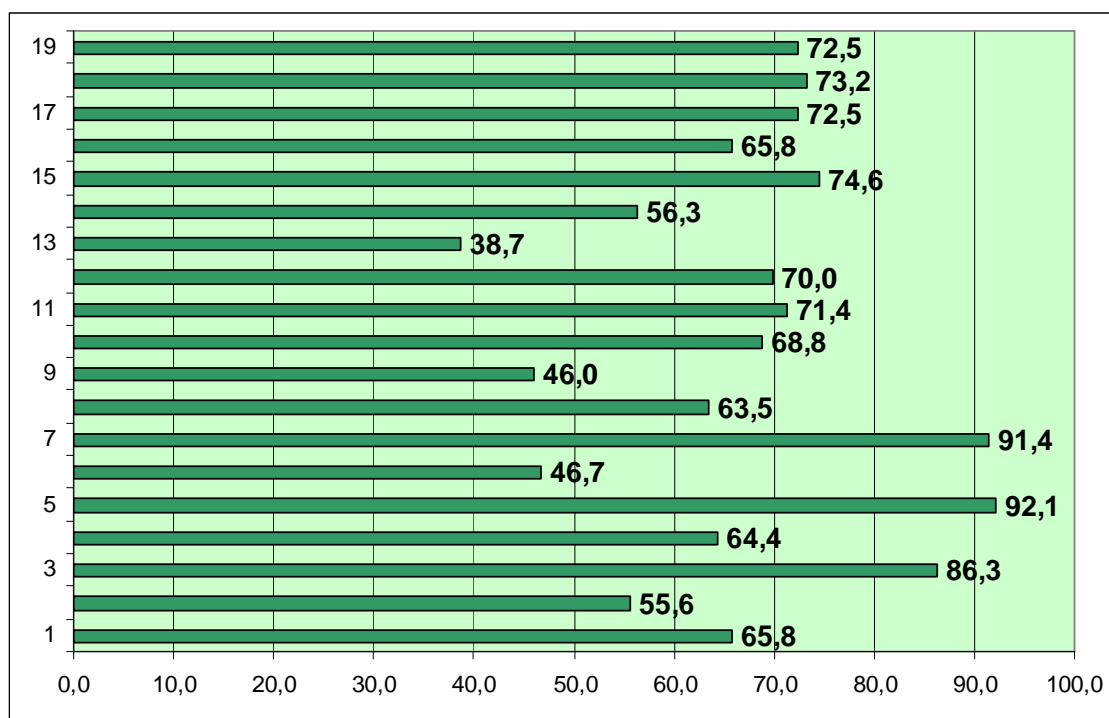
Za kvalitní službu lze považovat takovou, která se snaží využívat dostupných zdrojů, aby co nejlépe mohla podpořit svoje uživatele. Proto by mělo docházet ze strany poskytovatele k průběžné kontrole a hodnocení, zda je sociální služba poskytována v souladu se stanoveným posláním, cíli a odpovídá stanovené cílové skupině. Neméně důležitým podkladem jsou vypracovaná pravidla pro zjišťování spokojenosti uživatelů. Do hodnocení jsou aktivně zapojováni i zaměstnanci a další zainteresované osoby. Stížnosti jsou využívány jako nástroj sloužící pro rozvoj a zvyšování kvality sociální služby.

Jako problematické se v naplňování tohoto standardu jeví zpracování pravidel pro zjišťování spokojenosti uživatelů, neboť některé skupiny jsou z tohoto procesu vyloučeny s tím, že nejsou s ohledem na svůj zdravotní stav posoudit kvalitu poskytovaných služeb (např. osoby trpící demencí, lidé s těžkým mentálním postižením

apod.). Rovněž tak bývá často opomíjen názor personálu, což se pak druhotně odráží negativně v přímé péči s uživateli. Právě pracovníci v sociálních službách (dříve pracovníci v přímé péči) by měli mít vliv na kvalitu poskytovaných služeb.

V grafech 7 a 8 jsou zpracovány výsledky III. části dotazníku ve vztahu k celkovému naplňování stanovených kritérií jednotlivých standardů kvality sociálních služeb v procentech. Dále je uvedeno naplňování jednotlivých standardů kvality v průměru bodu každého standardu.

Graf 6 Vyhodnocení naplňování stanovených kritérií standardů kvality sociálních služeb u poskytovatelů sociálních služeb - domovech pro seniory (v %)

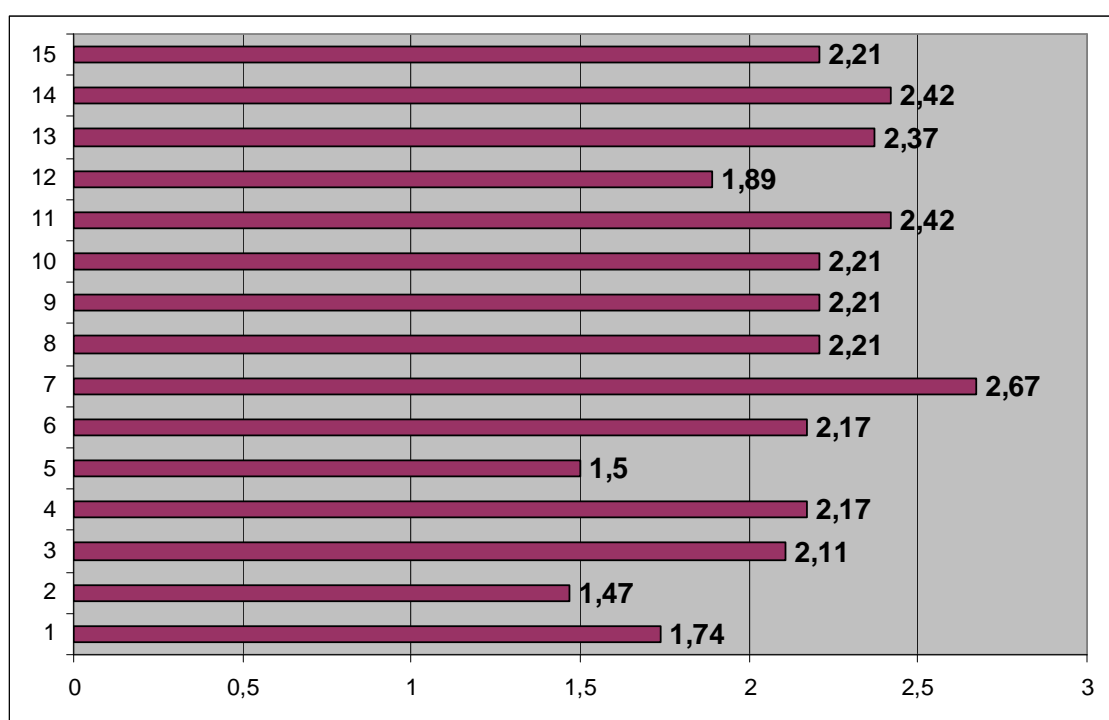


Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu 6 je zřejmé, že z 19 oslovených domovů pro seniory 3 organizace nesplňují standardy kvality sociálních služeb, protože celkový počet bodů je nižší než 50%

z maximálního celkového počtu bodů, které mohou dosáhnout. Dostatečně splnilo standardy kvality sociálních služeb 7 zařízení které dosahují 50 až 69% celkového počtu bodů. Dalších 7 organizací splnilo standardy kvality dobře, neboť dosáhly 70 až 89% celkového počtu bodu a 2 organizace splňují standardy kvality výborně.

Graf 7 Naplňování jednotlivých standardů kvality sociálních služeb v domovech pro seniory (v bodech)



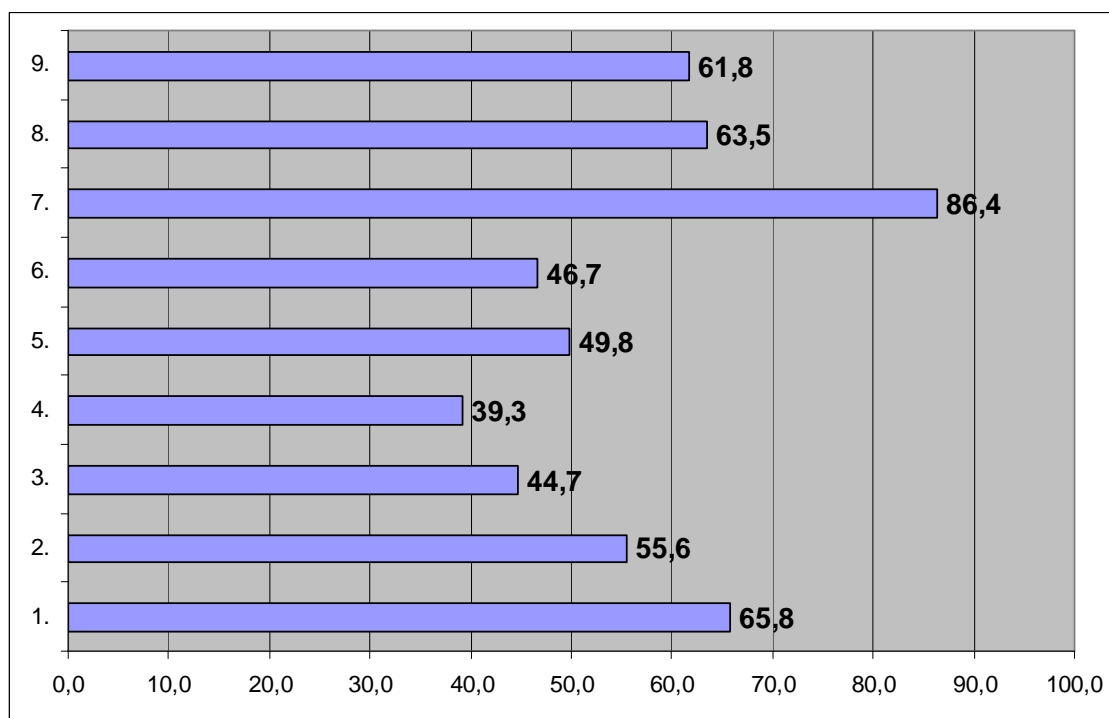
Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu 7 lze vyčíst, jakým průměrným bodovým ohodnocením jsou naplněny jednotlivé standardy. Za naplňování jednotlivých standardů se uděluje 0 - 3 body za každé kritérium. Navíc zde musíme brát v úvahu to, že existují kritéria označená v prováděcí vyhlášce jako zásadní a za která je nutné získat 2 nebo 3 body. Pokud je bodové ohodnocení u těchto zásadních kritérií nižší, poskytovatel nesplňuje standardy kvality sociálních služeb, byť by se jednalo pouze o jedno zásadní kritérium.

Je možné konstatovat, že v grafu 7 uvedené standardy č. 1, 2 a 5 s bodovým průměrem nižším než 2 a jejichž kritéria jsou zásadní, nejsou poskytovateli naplňována tak, aby byli schopni úspěšně zvládnout inspekci kvality sociálních služeb.

Přesto, že v předcházejícím grafu 6 jsou výsledky získaných celkových bodů celkem příznivé, graf 7 udává přehled jednotlivých standardů, ve kterých poskytovatelé nedosáhnou na získání potřebného počtu bodů u zásadních kritérií.

Graf 8 Vyhodnocení kritérií u poskytovatelů sociálních služeb – domovech pro osoby se zdravotním postižením a domovech se zvláštním režimem (v %)

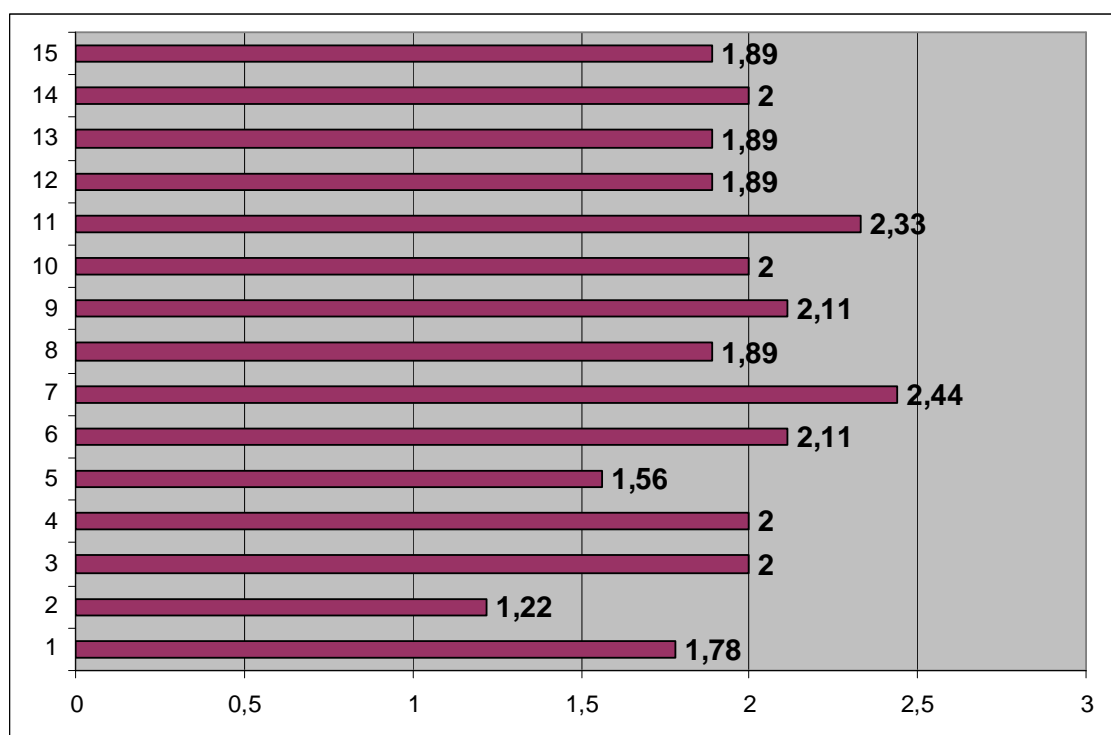


Zdroj: vlastní výzkum

Graf 8 zobrazuje naplňování standardů kvality v domovech pro osoby se zdravotním postižením a domovech se zvláštním režimem. Z 9 organizací nesplňují standardy kvality sociálních služeb 4 zařízení, která mají méně než 50% z celkového počtu bodů.

Dostatečně splňují standardy kvality další 4 organizace se ziskem bodů 50 až 69% a pouze 1 organizace standardy kvality splňuje dobře získáním 86,4 %.

Graf 9 Naplňování jednotlivých standardů kvality sociálních služeb v domovech pro osoby se zdravotním postižením a domovech se zvláštním režimem (v bodech)



Zdroj: vlastní výzkum

Při naplňování jednotlivých standardů kvality sociálních služeb vyplývá z grafu 9, že u 7 z 15 standardů kvality sociálních služeb nedosáhnou poskytovatelé tohoto druhu sociálních služeb bodové hodnoty 2, kterou je nutné získat u zásadních kritérií. Jedná se zejména o standardy č. 1, 2, 5 a 8.

Při srovnání s předcházející skupinou poskytovatelů – domovů pro seniory je možné konstatovat, že celkově jsou domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy se

zvláštním režimem hodnoceny v naplňování standardů kvality hůře. V porovnání lze u tohoto typu sociální služby (domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy se zvláštním režimem) spatřovat významné rozdíly v naplňování standardů kvality zejména v oblastech ochrany práv uživatelů služeb (standard č. 2) a při individuálním plánování průběhu sociální služby (standard č. 5). Rovněž je patrná odlišnost v naplňování standardu č. 8 Návaznost dostupné služby na další dostupné zdroje, neboť většina těchto zařízení je v kraji Vysočina umístěna ve velmi malých obcích, kde lze obtížně navazovat kontakty s ostatními subjekty. Přesto se některým poskytovatelům daří pro svoje uživatele sjednávat například zaměstnání na dohody o provedení práce mimo organizaci.

4.2. Výsledky rozhovorů

Rozhovory jsem provedla se dvěma skupinami respondentů, a to s managementem organizací a s pracovníky v sociálních službách. Otázky pro obě skupiny jsou uvedeny jako součást dotazníku. Byly vybrány nejčastější odpovědi z jednotlivých oslovených skupin.

Cílem těchto rozhovorů bylo bližší ověření procesu zavádění standardů ve vybraných organizacích.

4.2.1 Výsledky rozhovorů z pohledu vedení organizací

Na otázku č. 1 odpovídal management vybraných organizací tak, že mají všichni ustanoveny pracovní skupiny, které se pravidelně zabývají standardy kvality sociálních služeb.

„ ...na tvorbě se v současné době podílí zejména vedení organizace, ředitel/ka jmenovali pracovní skupinu, která se bude standardům kvality věnovat a budou s nimi seznamovat ostatní pracovníky a rovněž uživatele služeb...“

„...problém vidíme hlavně v nedostatku času na vytváření metodik k jednotlivým standardům. Často už některé v praxi máme zavedeny, ale není čas to dát na papír.“

Vedení organizací uvádí, že některé standardy již v praxi používají. Studium dokumentů, které organizace předkládaly při vyplňování dotazníku, však bylo zjištěno, že písemná podoba metodik je zpracována v minimální míře. Jde o otázku č. 2.

„...spíše se snažíme principy standardů uplatňovat přímo v praxi, při práci s uživateli, ale je pravdou, že metodiku k poskytované službě ve vztahu a propojení k jednotlivým standardům zpracovanou nemáme.“

„ ...proběhla u nás pilotní inspekce, sami jsem to chtěli. Věděli jsme o nedostatcích, přesto nás vyhodnocení překvapilo (v negativním smyslu), nedosáhli jsme totiž potřebného počtu bodu, abychom překročili 50% hranici. Nakonec nás to ale motivovalo, ale museli jsme překonat určitou krizi z vyhodnocení. Dnes jsme na tom už dobře, stále se potýkáme např. s ochranou práv uživatelů, je to běh na dlouhou trať...“

Otázka č. 3 směřovala k oblasti případných změn v souvislosti s aplikací standardů a vymezení odpovědnosti případných změn.

„...změny očekáváme, a to ve smyslu změny pracovníků přímé péče v práci s uživateli. To si myslíme, že je důležité. Bude to ale trvat dlouho, hlavně v myšlení lidí, aby brali klienty jako partnery a musí se naučit brát v úvahu jejich názory, postoje. To, že oni vědí nejlépe, co potřebují.“

„...bude potřeba se zamyslet nad tím, abychom neobhajovali jen svoje postupy, ale aby to, co děláme, bylo dobré pro klienta. Za změny bude odpovídat vedení organizace po projednání v pracovních skupinách a jejich návrhu na změnu.“

K ochraně práv uživatelů vymezen situací střetu zájmu a opatřeních v nich byla směřována otázka č. 4. Důvodem pokládání této otázky byly problémy v naplňování standardu č. 2 v rámci dotazníkového šetření.

*„...hlavním problémem je nedostatek soukromí a omezení v osobním životě uživatelů.“
(ředitelé pro osoby se zdravotním postižením a domovů se zvláštním režimem)*

„...problém vidíme ve změně přístupu pracovníků ke klientům. Často přetrvává názor, že oni nejlépe vědí, co klient potřebuje. Nebo „oni jsou jako malé děti“, přetrvávají mechanismy zneschopňování, infantilizace, stigmatizace...“

„...jak máme postupovat v případech, kdy jsme jako organizace ustanovení opatrovníky, často máme několik desítek opatrovnictví. Obce to nechtějí dělat, protože na to nemají lidí a my se potom s tím potýkáme...“ (ředitelé domovů pro osoby se zdravotním postižením a domovů se zvláštním režimem)

„...pokud budeme za naše klienty neustále, byť v dobré víře, rozhodovat a nezjišťovat jejich názor, pak je sami určitým způsobem zneschopňujeme a vytváříme z nich lidi závislé na péči našeho zařízení...“

*„...uživatel nesmí vykonávat žádnou práci, která je určena výhradně personálu. Nelze užívat argument „on to dělá rád“ nebo za tuto práci nabídnou sladkost atd.“
(ředitelé domovů pro osoby se zdravotním postižením a domovů se zvláštním režimem)*

„...je nutné si uvědomit snadnou neužitelnost důvěry klientů, úkolem nás jako poskytovatelů sociální služby je zajistit jejich bezpečnost. Bohužel pravdou zůstává, že samo ústavní prostředí mnohdy vybízí samotné zaměstnance k užívání takových metod

práce, které samy o sobě balancují na hranici s pojmy jako je zneužívání nebo týrání (spíše ve smyslu k práci).“

Poslední otázka č. 5 se týkala oblasti připravenosti na zavádění standardů kvality sociálních služeb.

„...velmi vítáme spolupráci s kolegy z ostatních zařízení v kraji, porovnáváme úroveň v naplňování standardů. Dobrá je výměna zkušeností a vzájemná podpora, to je pro nás hodně důležité.“

„...byli bychom rádi, kdyby s námi pravidelně spolupracoval i náš zřizovatel (obec, kraj). Jsme rádi za to, že se může účastnit vzdělávacího projektu, ale od nich bychom potřebovali více zpětné vazby (i negativní), jsou to pro nás náročné věci, máme potíže s financováním a už nezbývá čas na nic jiného.“

„...za velmi důležitou považují komunikaci mezi zaměstnanci, aby si předávali informace a taky aby se podporovali. Jsou mezi nimi rozdíly, někteří standardy přijali otevřeně, jiní v nich vidí příliš rizika a mají z nich obavu.“

„...kdyby chtěli všichni a dělali to profesionálně, tak by byla velká část standardů hotová. Hlavně by se měli podílet na tvorbě metodik, o ty by se mohli opírat. Jak to vidím já, tak jsme v situaci asi naprosto opačné.“

4.2.2. Výsledky rozhovorů z pohledu pracovníků v sociálních službách

V této části budou uvedeny nejčastější odpovědi, které zazněly v rozhovorech s pracovníky v sociálních službách, kteří pracují přímo s uživateli. S pracovníky bylo hovořeno jednak při vyplňování dotazníku s ohledem na zavádění standardů kvality a dále během prohlídky zařízení sociálních služeb.

První otázka se týká zjištění očekávání pracovníků ve vztahu k zavádění standardů kvality sociálních služeb v jejich organizaci.

„...nevím, nikdo se se mnou o tom nebavil. U nás jsou skupinky, které se spolu baví, ale já se této komunikace neúčastním.“

„...až budeme mít standardy, tak si myslím, že se budeme moci někam podívat a budeme vědět, co se má dělat, nebudeme se muset chodit ptát...budou zavedena taková pravidla ...“

„...já bych přivítala více školení ohledně těch standardů, abychom s tím uměly pracovat...“

„...pomůže to naší práci, myslím si, že jo...“

Otázka druhá se věnovala vlivu standardů na práci, na oblasti, kterých by se tato problematika dotýkala.

„...já když srovnám naši organizaci, jak byla před 10 lety, když jsem sem přišla s tím, co je teď, tak si myslím, že jsme hodně se dostali dopředu...“

„...hlavně to vidím u těch klientů, abychom jsme se jim mohli věnovat, měli na ně více času..“

„...já to cítím hlavně v tom čase na klienta, na to, co potřebuje.“

„...problém taky vidím v tom, že se hodně u klientů střídáme, asi by chtěli mít člověka jen pro sebe a nemuseli čekat, až jejich oblíbený pracovník nastoupí do služby. Ne že by se jim ostatní kolegyně nevěnovaly, ale je to jako v životě. Taky si nesedneme s každým s kým se potkáme a ne od každého bychom se třeba nechávali umývat, to jsou takový choulostivý situace...“

Třetí otázka byla zaměřena na možnost zapojení do procesu zavádění standardů kvality samotného uživatele poskytované služby.

„...když se to převede do praxe, tak nevím, jestli to bude proveditelné.“

„...pracujeme s klienty při sestavování jejich individuálního plánu. Snažíme se o to prostřednictvím klíčových pracovníků. Taky se snažíme si vzájemně předávat informace mezi sebou.“

„...poskytované služby chceme nastavovat tak, aby odpovídaly potřebám klientů. Při pracovních skupinách ke standardům si říkáme, že si musíme dávat pořád pozor na to, abychom jim nevnucovali to, co nakonec chceme sami.“

„...myslím si, že bychom o tom klientovi měli vědět co nejvíce, zkrátka to, co měl rád než přišel k nám, na co je zvyklý. Někdy tu žádost vypisuje rodina a něco tam ani neuvědou. Je taky na nich vidět, že by si chtěli povídat a ne jen udělat práci a odejít ...“

Otázka čtvrtá se týkala znalosti standardu č. 1 a toho, zda a jakou měli možnost se na jeho zavádění podílet.

„...no, nejdřív jsme si mysleli, že je to jasné. Přece víme, co děláme a pro koho, ale když jsme to začali na pracovní skupině rozebírat, jaksi jsme do toho zabředli a moc nám to nešlo. Dělali jsem ho asi 3 měsíce.“

„...u nás byla snaha ze strany ředitele, že si to udělá on sám nebo maximálně se sociální pracovníci. Ale měli jsme u nás cvičnou inspekci a ti mu řekli, že se na tom musí podílet všichni nebo to s námi musí aspoň konzultovat. Tak po té jejich návštěvě jsme to řešili na pracovní skupině.“

„...taky se nám stalo, že nějací lidé, kteří hledali domov důchodců pro staré rodiče, chtěli takovou podobnou informaci a říkali, že to nemáme nikde zveřejněno, takže vlastně ani nezjistí, jak ta služba vypadá..“

„...u nás máme už toto hotové, na zpracování jsme se podíleli. Myslím si, že to všichni pracovníci znají, je to i zveřejněné na našem webu, na nástěnkách atd.“

Pátá otázka byla formulována ve vztahu k možnému porušování práv uživatelů a identifikaci opatření v těchto situacích.

„...to jsme chtěli udělat ze všeho nejdříve. Často se jako pracovníci do těchto situací dostáváme a nevíme, co máme dělat, jak reagovat. Je to ale na dlouho, podle mě na několik let...“

„...s naplňováním máme problémy. Často o tom mluvíme na pracovních skupinách, s ředitelem jsme se dohodli na tom, zda by nebylo dobré si na tento standard vzít nějaké externího odborníka (inspektora). Nevím, zda to sami zvládneme.“

„... je to hrozně složitý, vymezit si hranice, potřebovali bychom podporu vedení...“

„...víme, že je to nutné, ty standardy a začít s nimi pracovat. Je to pro náročné, snažíme se pracovat s našimi klienty co nejlépe a pak nás docela naštválo, že jsme nedopadli moc dobře. Potřebujeme více času a více školení, abychom to mohli sami zažít...“

4.3. Výsledky analýzy dokumentů

Dokumenty předložené během vyplňování III. části dotazníku byly zaměřené právě na naplňování kritérií standardů kvality sociálních služeb. Vybraná kritéria standardů kvality sociálních služeb vyžadují, aby je měl poskytovatel vypracovány

písemně či jako písemná vnitřní pravidla. Úroveň vypracovaných dokumentů, zejména jejich obsah, se potom odrážela ve výši hodnocení jednotlivých kritérií. K těmto dokumentům byly potom předkládány interní předpisy organizací, které souvisely s naplňováním standardů kvality sociálních služeb. K hodnocení a analýze dokumentů docházelo tedy při vyplňování III. části dotazníku a jsou součástí hodnocení jednotlivých kritérií standardů kvality sociálních služeb.

5. Diskuse

Cílem mé diplomové práce bylo zmapovat vzdělávání poskytovatelů sociálních služeb v rezidenčních zařízeních v kraji Vysočina v oblasti zavádění standardů kvality sociálních služeb a popsat současný stav naplňování standardů kvality sociálních služeb.

Bílá kniha v sociálních službách (3) uvádí, že standardy kvality pro sociální služby platí pro každého – budou se vztahovat na všechny typy služeb a na všechny typy poskytovatelů. Standardy říkají uživatelům služeb a jejich rodinám, co mohou očekávat. Standardy říkají poskytovatelům, jak mají poskytovat dobré služby. Poskytovatelé chtějí poskytovat dobré služby a potřebují mít zpětnou vazbu o tom, jak se jim to daří.

Jak uvádí Průša (2) podíl osob starších 65 let se zvýší z 12,97% v roce 1995 na 16,88% v roce 2020, přičemž k nejvyššímu nárůstu tohoto podílu bude docházet po roce 2010.

Dle demografických prognóz je zřejmé, že i kraj Vysočinu čeká proces úbytku obyvatel a demografické stárnutí. Prognóza pro předproduktivní věk bude mít mírně klesající tendenci, resp. je téměř stagnující, zatímco lidí v produktivním věku bude ubývat za současného nárůstu osob v poproduktivním věku. Tento proces nebude sice nijak razantní, ale v jeho důsledku budou muset obce i občané změnit způsob svého chování. Z hlediska sociálních služeb je důležité i to, že vzhledem k nárůstu počtu starých lidí bude muset být přehodnoceno zejména vybavení službami pro seniory (tabulka 1,2).

Kraj Vysočina je charakteristický velkým počtem malých obcí, často s nízkou dopravní dostupností. Poměrně výraznou komplikací je právě vzdálenost, obce jsou vzájemně vzdálené a roztroušené.

Je třeba počítat také s tím, že mentalita lidí žijících v malých obcích je odlišná od mentality lidí z města. Uživatelé ve městech nemají většinou problémy s přijímáním služby, dávají svoji potřebu více najevo, bez rozpaků.

Senioři žijící na venkově jsou však v tomto přijímání služby daleko více zdrženlivější, byť je jejich potřeba evidentní.

Stejně tak je odlišný životní styl venkovanů od městského způsobu života. Senioři žijící na venkově jsou navíc skupinou, pro kterou jsou charakteristické poměrně nízké důchodové příjmy. Stále zde přetrvává „fenomén sousedské výpomoci“, která však může řešit pouze nejnnutnější akutní potřeby. Tato forma pomoci však nemůže nikdy zajistit zcela a dostatečně skutečné potřeby a senior často nedosahuje odpovídající kvality svého života.

Kritériem výběru základního souboru byli poskytovatelé pobytových sociálních služeb, a to domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy se zvláštním režimem na území kraje Vysočina. S ohledem na zjištění potřebných dat byly osloveny příspěvkové organizace kraje Vysočina, příspěvkové organizace obcí a nestátní neziskové organizace.

Zkoumaný soubor byl tvořen 28 organizacemi, které poskytují pobytovou službu cílové skupině senioři, osoby se zdravotním postižením, osoby s duševním onemocněním, osoby s různými typy demencí či závislostmi na návykových látkách. Tyto organizace zabezpečují základní úkony dle platné právní úpravy. Dle typologie sociálních služeb upravující náplň jednotlivých typů sociálních služeb, jsou domovy pro seniory určeny lidem, kteří mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují pobytové služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení a domovy se zvláštním určením jsou určeny pro osoby, jejichž snížená soběstačnost je z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí. Všichni uživatelé těchto služeb potřebují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby

Osloveni byli tito poskytovatelé:

- 22 příspěvkových organizací kraje,
- 4 příspěvkových organizací obcí,
- 2 nestátní neziskové organizace.

Byl osloven management těchto organizací se žádostí o spolupráci při vyplnění dotazníku, který byl směřován na provozní a personální charakteristiku jednotlivých zařízení a na naplňování jednotlivých kritérií standardů kvality sociálních služeb.

Vyplňování byli přítomni i zástupci pracovních skupin, které se problematikou zavádění standardů kvality v organizacích zabývají.

S oběma skupinami pracovníků (vedení a pracovníci v přímé péči) byl následně proveden rozhovor podle stanovených otázek.

Předložený dotazník má tři části – první se týká údajů o organizaci. Jedná se o základní údaje ve vztahu k cílové skupině, kapacitě zařízení. V této první části jsou shrnuty i údaje personálním zajištění služby, a to věková struktura zaměstnanců, jejich vzdělání, stabilita pracovníků přímé péče. Provozní charakteristika je zaměřena na počet a využití objektů.

Souhrnné údaje o počtu uživatelů, zaměstnanců a dalších personálních a provozních charakteristikách jsou uvedeny v tabulkách 3, 4 a 5.

Analýza sociálně demografické situace a sociálních služeb v kraji Vysočina (1) vypracovaná Socioklubem se mimo jiné zabývala i stavem porovnání vypočtených míst podle normativů a skutečného počtu míst ve službách sociální péče pro kraj Vysočina v roce 2001. Tyto informace jsou uvedeny v příloze č. 4.

Druhá část dotazníku se týkala současného stavu zavádění standardů kvality sociálních služeb. Obsahovala celkem 5 otázek, kterými respondenti hodnotili svoji pozici ve vztahu implementace standardů kvality v jejich organizaci, vyjadřovali svoje postoje, názory a další potřeby.

První otázka této části dotazníku poukázala na rozdílnost stavu zavádění standardů kvality sociálních služeb mezi oslovenými respondenty. Pouze v 11% jsou standardy běžnou součástí praxe v poskytování jejich služeb, u 50% jsou zaváděny některé ze standardů (graf 1). Na tomto místě lze tedy polemizovat s Bílou knihou v sociálních službách (2003), kde se uvádí, že mnoho poskytovatelů již splňuje řadu nebo všechny standardy. Oslovení poskytovatelé se fakticky potýkají s oblastí zavádění standardů kvality a bez možnosti získávat potřebné informace v rámci pořádaných vzdělávacích projektů by nenaplňovali zdaleka stav, který vyjádřili v první otázce.

Otázka druhá vyjadřuje náročnost naplňování jednotlivých standardů kvality. Největší náročnost představují tzv. procedurální standardy. Dle publikace Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe (40) jsou procedurální standardy

nejdůležitější. Stanovují, jak má poskytování služby vypadat. Na co je potřeba dát si pozor při jednání se zájemce o služby, jak službu přizpůsobit individuálním potřebám každého člověka. Velká část textu je věnována ochraně práv uživatelů služeb a vytváření ochranných mechanismů jako jsou stížnostní postupy, pravidla proti střetu zájmů apod. Toto stanovisko je v souladu se zjištěním uvedeným v grafu 2 a následně i v další III. části dotazníku, zejména standard č. 2.

Třetí otázka směřuje k vyjmenování překážek bránících z pohledu respondentů v zavádění standardů kvality v jejich organizacích. Reakce na tuto otázku jsou vyjádřeny v grafu 3, který ukazuje, že 31% respondentů má problémy s nedostatkem času na to, aby se mohli věnovat vzdělávání a zavádění standardů do praxe. Je tedy zřejmé, že jde o časově náročnou záležitost, která je procesem trvajícím několik let, dá se říci nikdy nekončícím a vyžadujícím kontinuální práci a aktualizaci.

Za poměrně závažný problém považuje vedení organizací nedostatek kvalifikovaného personálu. Dle uvedených výsledků se jedná o 23% respondentů, kteří si uvědomují dopad zákona o sociálních službách v oblasti týkající se předpokladů pro výkon povolání nejen sociálního pracovníka, ale zejména pracovníků v sociálních službách. Tedy těch, kteří vykonávají přímou práci s uživatelem sociální služby. Tento dotaz úzce souvisí s naplňováním kritérií standardů č. 9 Profesionální a organizační zajištění sociální služby a standardu č. 10 Profesionální rozvoj zaměstnanců. Z výsledků výzkumu vyplývá uvědomování si potřeby kvalifikovaného personálu k zajištění kvalitní sociální služby. Z praxe, a zejména v současné době, kdy se organizace připravují k registracím poskytovatelů sociálních služeb, mohu potvrdit, že všeobecně se tyto poskytovatelé potýkají dlouhodobě s nedostatkem kvalifikovaného personálu.

Jak uvádí autoři publikace Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe (40) Johnová a Čermáková ve standardu č. 9, pracovníkům, kteří se věnují přímé práci s uživateli služeb, je z tohoto důvodu potřeba věnovat velkou pozornost – zajistit dobrý výběr pracovníků, zaškolení a další vzdělávání, průběžnou odbornou pomoc od nezávislých odborníků (supervize) a také zajistit dobré pracovní podmínky. Rovněž Bílá kniha v sociálních službách (3) upozorňuje na to, že trvalý profesionální vývoj

pracovníků v sociálních službách zajistí, že dovednosti a kvalifikace pracovníků budou udržovány na úrovni doby.

S tímto postojem naprosto souhlasím, protože zajištění kvalitní služby úzce souvisí s tím, jakými dovednostmi a schopnostmi mohou disponovat ti pracovníci, kteří se na práci s uživatelem podílejí nejvíce.

O náročnosti procesu implementace standardů kvality do praxe vypovídá vyjádření dalších 23% respondentů. Náročnost tohoto procesu zmiňuje i Musil ve své závěrečné zprávě *Standardy kvality a kultura sociálních služeb (30)* /přesto, že se výzkum jeho týmu zabýval jiným typem sociální služby/ s tím, že vznikají různá napětí mezi požadavky odborných standardů kvality a podmínkami a způsoby práce v konkrétních organizacích, hovoří o napětí mezi politikou sociálních služeb a kulturou práce s klientem. Plně souhlasím s jeho názorem, že pokud předem nedojde ke změnám odborné kvalifikace pracovníků, pojetí poskytované sociální služby a samotného účelu vstupního posouzení situace žadatele, nejsou pracovníci schopni plnit požadavky standardů kvality. Uvádí, že je velmi pravděpodobné, že pro vedení a pracovníky by bylo obtížné v praxi akceptovat samotnou představu, že jejich služby mají naplňovat „žadatelem stanovené osobní cíle“ a přizpůsobovat se „možnostem a schopnostem uživatele“. Tento pohled byl zjištěn i v tomto výzkumu.

Ostatních 23% uvádí jiné důvody, nedostatek podpory ze strany zřizovatele, nedostatek informací, potíže s výkladem legislativy, obavy z možných komplikací.

Poslední otázka této části dotazníku se týkala témat, která respondenti postrádali na již absolvovaných vzdělávání týkajících se standardů kvality a která jsou pro ně potřebná. Výsledky jsou uvedeny v grafech 6 a 7.

Tento výstup považuji za velmi podstatný při tvorbě dalších vzdělávacích programů či při přípravě projektů v nadcházejícím programovacím období. Z výzkum je zřejmé, že i do budoucna bude přetrvávat poptávka po vzdělávání v oblasti zavádění standardů kvality sociálních služeb, neboť nejen oslovení respondenti, ale i další poskytovatelé se potýkají s problémy v této oblasti.

S tímto zjištěním respondují i s výsledky pilotních inspekcí, které proběhly v roce 2002 a ze kterých vyplývá zjištění, že nejméně naplňují standardy kvality právě pobytová zařízení.

Třetí část dotazníku byla směřována na naplňování jednotlivých kritérií standardů kvality sociálních služeb s tím, že obdobné formuláře budou používány při běžných inspekcích kvality.

Výstupy jsou rozděleny do grafů. V grafu 6 jsou znázorněny hodnoty jednotlivých standardů v domovech pro seniory. Graf 8 zobrazuje stejné výstupy, ale i domovů pro osoby se zdravotním postižením a domovů se zvláštním režimem.

Při prvním porovnání je zřejmé, že u domovů pro seniory by splnily veškeré podmínky hodnocení plnění standardů kvality sociálních služeb 4 organizace z 19 oslovených. U domovů pro osoby se zdravotním postižením a domovů se zvláštním režimem je to pouze 1 zařízení z 9 oslovených.

Organizace, které by splnily výše zmiňované podmínky, se vzděláváním a zaváděním v oblasti standardů kvality sociálních služeb věnují od roku 2003. Proběhly u nich pilotní inspekce, jejichž výsledky a závěry pro ně v té době nebyly příznivé, nicméně je zpětně velmi oceňují. Inspektoři, coby osoby přicházející „z venku“, jim předestřeli to, co oni sami již z každodenní práce v zařízení nevidí, nenapadlo je, že by mohlo existovat jiné řešení apod. Zpětně, pokud mají tuto zkušenost hodnotit, byla pro ně pilotní inspekce motivující, byl to zdroj nového pohledu na poskytovanou službu ve vztahu k uživatelům i pracovníkům přesto, že do té doby věřili, že poskytují kvalitní službu. Je to však dlouhodobý proces, který nekončí zpracováním pravidel a metodik, ale je stále dalším hledáním, jak službu poskytovat lépe.

Toto potvrzuje i inspektorka kvality sociálních služeb Kašílková (18), která ze své zkušenosti uvádí, že vypracování konkrétních vnitřních pravidel patří k procesům dlouhodobým a lehkým. Do procesu vytváření pravidel služby musí být zapojeni všichni, jichž se služba týká. Chápe odmítavé reakce pracovních týmů při nutnosti naplňovat standardy. Je totiž těžké přijmout skutečnost, že vynakládám energii a jsem vyčerpaná prací ve službě, která z pohledu standardů není kvalitní. Toto potvrdily i výsledky výzkumu. Zavádění standardů souvisí se vzděláváním se v této oblasti. Jedná

se dlouhodobý proces, který s sebou přináší řadu změn, které nejsou vždy vítány a změna přetrvávajících praktik práce s uživateli není vždy pracovníky přijímána kladně.

V rozhovorech s oběma vybranými skupinami (vedoucí organizací a pracovníci přímé péči) byla zřejmá určitá obava plynoucí z toho, zda jsou vůbec schopni standardy kvality uvést do praxe.

Ředitelé uvádějí, že některé ze standardů jsou v praxi uplatňovány (byť třeba jen částečně). Studium dokumentů, které průběžně předkládali při vyplňování dotazníku, však lze říci, že jsou vypracovány nedostatečně, ne vždy korespondují s náplní jednotlivých kritérií standardů, což bylo nakonec prokázáno i výstupy z třetí části dotazníku.

Pracovníci v sociálních službách často váhali s vyjádřením se k tomu, zda je jim známo, že jsou zpracované metodiky či vnitřní pravidla vycházející ze standardů a zda vůbec znají jejich obsah. A pokud ano, ho umí využít při práci s uživateli.

Obě skupiny potvrdily, že se zúčastnily vzdělávání, které se týkalo standardů kvality. Pracovníci by potřebovali, aby jim teorii někdo pomohl uvést do praxe. Využili tedy možnosti vzdělávacího projektu a vybrali si jednoho pracovníka od nich, který se vzdělává jako průvodce kvalitou sociálních služeb a bude jim pomáhat se dále vzdělávat a standardy zavádět.

Pracovníci jsou si vědomi toho, že služba by měla být poskytována kvalitně a že to záleží i na nich, jakými dovednostmi budou disponovat. Nicméně je zřejmé, že určité stereotypy práce s uživateli budou ještě dlouhou dobu přetrvávat.

Jak uvedli někteří z ředitelů, i když chtěli pilotní inspekci, byli jejími výsledky v závěru zaskočení a měli obavy i z reakcí pracovníků.

Souhlasím s Musilem (30), který ve svém výzkumu narazil na obdobné riziko. Po zkušenostech uvádí, že hledání nových možností spočívá v první fázi v otevírání problémů. Jejich odhalení nemůže nebýt provázeno nepříjemnými pocity, které mohou proces inovace zbrzdit nebo zcela zastavit. Bylo by proto ideální, kdyby se na hledání nových možností, které v konkrétní organizaci plynou z praktické aplikace standardů kvality, podíleli manažeři a pracovníci, kteří o změny tohoto typu stojí.

Z výzkumu vyplývá potřeba vzdělávat poskytovatele sociálních služeb v oblasti standardů kvality sociálních služeb. Uvědomují si ji nejen ředitelé organizací, ale i pracovníci, kteří přímo s uživateli sociálních služeb pracují. Z jejich postojů a vyjádřených názorů vyplývá, že tato nutnost není ani pro jednu skupinu jednoduchou záležitostí, uvědomují si změny v přístupu k uživateli, ale bude potřeba dostatek času proto, aby toto přijali. V současné době považují za ohrožující nadcházející inspekce kvality sociálních služeb. Mnozí z nich je však také berou jako příležitost „odhalit“ nedostatky, poukázat na jiné formy práce a tím přispět k zavádění standardů kvality v zařízeních.

Jak uvádí Musil (30), pokud manažeři nebo řadoví pracovníci chtějí sami od sebe zdokonalovat sociální služby, mohou ve standardech kvality najít inspiraci pro své vlastní koncepční úvahy a svá vlastní rozhodnutí. Srovnání praxe vlastní organizace s požadavky standardů kvality může každého, kdo hledá, upozornit na nové možnosti a nová řešení.

Základem úspěchu je vytvoření prostoru proto, aby se lidé (vedení, pracovníci, uživatelé) mohli k problematice standardů kvality sociálních služeb vyjadřovat. Právě v průběhu vzájemné komunikace dochází k výměně informací, sdílení hodnot a procesu učení se. Výstupem je potom hodnota (např. ve formě metodiky, pravidla), na které se tyto subjekty dohodly, znají ji, měli možnost se na její tvorbě podílet. Vítanou aktivitou bude zavádění opakovaných školení, výměny zkušeností s pracovníky jiných organizací. Takto nastavený systém práce v oblasti zavádění standardů kvality sociálních služeb dává prostor pro otevřený dialog, zavádění nových postupů práce s uživateli a vhodných pracovních podmínek, motivuje pracovníky přijímat změny, které s tímto souvisejí.

6. Závěr

V diplomové práci je řešena problematika zavádění standardů kvality sociálních služeb v rezidenčních službách v kraji Vysočina. Jedná se o aktuální téma, se kterým se potýkají všichni poskytovatelé sociálních služeb.

Na počátku byly stanoveny dvě hypotézy:

Hypotéza 1: Nejméně naplňovaným standardem kvality sociálních služeb v rezidenčních zřízeních v kraji Vysočina je standard č. 2 Ochrana práv osob.

Ve skupině poskytovatelů sociálních služeb – domovů pro seniory je standard č. 2 naplňován na 1,47 bodu. U tohoto standardu jsou kritéria považována za zásadní a tudíž je třeba získat alespoň 2 body hodnocení při naplňování kritérií. S ohledem na to, že i z rozhovorů, zejména s pracovníky sociálních služeb, kteří přímo pracují s uživateli služeb, je zřejmé, že naplňování tohoto standardu činí poskytovatelům potíže a vyvolává mezi nimi velké diskuse.

Obdobná situace je u poskytovatelů – domovů pro osoby se zdravotním postižením a domovů se zvláštním režimem. Zde je dosahováno ještě menší hodnoty, a to 1,22 bodu.

Z rozhovorů s pracovníky vyplynulo, že náročnost naplňování tohoto standardu je závislá na cílové skupině uživatelů služby. V domovech pro seniory je možné počítat s relativně sourodou skupinou uživatelů, kdežto u organizací pracujících s lidmi s různými stupni a typy postižení, navíc často v kombinaci s dalšími postiženími je naplňování tohoto standardu o to náročnější.

Hypotéza byla potvrzena.

Hypotéza 2: Nejvíce naplňovaným standardem kvality sociálních služeb v rezidenčních službách v kraji Vysočina je standard č. 7 Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociálních služeb.

Naplnování tohoto standardu nečiní větší potíže. U domovů pro seniory je dosahováno hodnoty 2,67 bodu a u domovů pro osoby se zdravotním postižením a domovů se zvláštním režimem hodnoty 2,44 bodu. Mírně horší hodnotu u druhé skupiny poskytovatelů odůvodňují pracovníci opět cílovou skupinou uživatelů, kdy je pro ně složitější vysvětlit využití této možnosti uživatelům s mentálním a kombinovaným postižením. Celkově je však možné konstatovat, že organizace mají vypracovány postupy a mechanismy, jak svoje uživatele s tímto standardem seznamovat.

Hypotéza byla potvrzena.

Tato diplomová práce dokládá, jak je důležité věnovat pozornost oblasti standardů kvality sociálních služeb a vzdělávání pracovníků v sociálních službách a managementu těchto organizací obecně. Jak je již v této práci uvedeno, bude zcela určitě kladen důraz na zachování přirozeného prostředí člověka a jeho pobyt v něm po co možná nejdelší dobu. Ne vždy však bude možné, z různých důvodů, zajistit člověku se zdravotním handicapem či seniorovi sociální služby v jeho domácím prostředí. Lze rovněž očekávat, že s těmito trendy mohou být do těchto pobytových služeb přijímáni lidé ve zhoršeném zdravotním stavu, kdy již není možné za pomoci rodiny, terénních či ambulantních forem sociálních služeb jeho setrvání v domácím prostředí.

A snad právě proto, že tito lidé mohou být na poskytované službě zvýšeně závislí, vytváří tato závislost určité nerovné postavení, které s sebou nese riziko nerespektování práv uživatelů služby.

Z velkého spektra poskytovatelů sociálních služeb byly vybrány domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy se zvláštní režimem, zřizované různými institucemi. Jedná se o příspěvkové organizace kraje, příspěvkové organizace obcí a nestátní neziskové organizace.

Pokud chceme poskytovat skutečně kvalitní služby, lze je poskytovat pouze se vzdělaným týmem pracovníků, který ví, pro koho služby poskytují, jsou mu známy potřeby a zájmy jejich uživatelů. Přesto, že typologie zákona rozlišuje i typy služeb pobytových, je známé, že v domovech pro seniory je možné najít osoby se smyslovým postižením, s duševním onemocněním apod. A právě rozličnost uživatelů služeb s sebou

přináší nároky a specifika práce s nimi a často vyvolává situace, které pracovníci řeší s obtížemi nebo je řešit prostě neumí.

Z výsledků výzkumu je zřejmé, že proces zavádění standardů kvality sociálních služeb je pro poskytovatele pobytových sociálních služeb nutným předpokladem k vykonávání kvalitní sociální služby. Ani ta zařízení, která při naplňování kritérií standardů uspěla, nejsou plně ztotožněna s touto problematikou. Všichni shodně uváděli například náročnost standardu č. 2 zaměřeném právě na ochranu práv osob.

Potvrzením hypotéz stanovených na počátku výzkumu je prokazatelné, alespoň ve vybraném souboru respondentů, že pracovníci vnímají potřebu doplňování svých dovedností jako nutnou pro následné zlepšení metod práce s uživateli. Přesto, že částečně berou zavádění standardů kvality sociálních služeb jako určité riziko nesoucí s sebou změny, cítí potřebu být zapojeni do procesu aplikace standardů kvality. Velmi jasně si uvědomují, že právě ony standardy kvality sociálních služeb a jejich znalost mohou ovlivnit kvalitu poskytované služby.

Výsledky diplomové práce lze využít při přípravě projektů zaměřených na další podporu oblasti zavádění standardů kvality sociálních služeb, zejména při možném čerpání prostředků z Evropského sociálního fondu.

7. Klíčová slova

sociální služby

standardy kvality sociálních služeb

proces zavádění standardů kvality sociálních služeb

senioři

osoby se zdravotním postižením

8. Seznam literatury

1. Analýza sociálně demografické situace a sociálních služeb v kraji Vysočina. Praha: Socioklub, spol. s.r.o. 2002. 260 s.
2. Autorský kolektiv. *Obce, města, regiony a sociální služby*. 1. vydání, Praha: Socioklub, spol. s.r.o. 1997. 250 s ISBN 80-902260-1-9
3. Bílá kniha v sociálních službách, konzultační dokument, únor 2003. 52 s. SC-2003-21, poslední aktualizace 26.4 2005. (12.3.2007)
Dostupné z http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf
4. CEKAS: *Zajišťuje audit kvality sociálních služeb*. Poslední aktualizace 26.5.2006. (18.1.2007)
Dostupné z <http://www.cekas.cz/php/nabidka.php?page4>
5. Český statistický úřad, Krajská správa Jihlava. *Statistická ročenka kraje Vysočina 2006*.
6. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 2. vydání, Praha: Karolinum 1998. 374 s. ISBN 80-7184-14-2
7. Dosahování standardů v praxi – školící materiál. Poslední aktualizace 2.8.2006. (20.4.2007)
Dostupné z http://www.vups.cz/seminar_ref_soc_sl/standards
8. HAICL, M. *Standard č. 2 Ochrana práv uživatelů*. Zpravodaj Asociace ústavů sociální péče ČR, červen 2006, roč. 8, č.2, s 10
9. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 1. vydání, Praha: Portál 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2
10. HENDL, J. *Přehled statistických metod zpracování dat*. 1. vydání, Praha: Portál 2004. 584 s. ISBN 80-7178-820-1
11. HILL, M. *Understanding social polici*. 6. vydání, Oxford: Blackwell Publisher 2000, 278 s. ISBN 06-312168-71
12. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vydání, Praha: Triton 2003. 223 s., ISBN 80-7254-329-6

13. Kolektiv autorů. *Průvodce procesem komunitního plánování sociálních služeb*. MPSV ČR 2004. Poslední aktualizace 28.4.2005. (5.2.2007)
Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/849>
14. KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. 1. vydání, Praha: Triton 2005. 79 s.
ISBN 80-86552-45-4
15. KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. 1. vydání, Olomouc: ANAG , spol. s.r.o. 2001. 286 s. ISBN 80-7263-083-0
16. KREBS, V. a kol. *Sociální politika*. 1. vydání, Praha: CODEX Bohemia, s.r.o. 1997. 328 s. ISBN 80-85963-33-7
17. KUBALČÍKOVÁ, K. *Sociální služby pro seniory závislé na pomoci druhé osoby jako způsob snižování rizika sociálního vyloučení*. MU FSS Brno, 2005 (disertační práce)
18. Kvalita sociálních služeb v domovech pro občany se zdravotním postižením, metodika hodnocení, 2. vydání Praha: MPSV 2003. 80 s. ISBN 80-86552-76-4
19. MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vydání, Praha, Portál s.r.o. 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2
20. MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3. rozšířené a přepracované vydání, Praha: Slon (sociologické nakladatelství) 2003. 161 s.
ISBN 80-86429-19-9
21. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi*. 1. vydání, Praha: Portál s.r.o. 2005. 352 s. IBN 80-7367-002-X
22. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1. vydání, Praha: Portál s.r.o. 2003. 288 s. IBSN 80-7178-549-0
23. MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 2. rozšíření a přepracované vydání, Praha: Sociologické nakladatelství 1999. 159 s. ISBN 80-85850-76-1
24. MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*. 1. vydání, Praha: Portál s.r.o. 2001. 312 s. ISBN 80-7178-473-7

25. Metodika MPSV pro poskytování dotací ze státního rozpočtu poskytovatelům sociálních služeb pro rok 2007 v oblasti podpory poskytování sociálních služeb. Poslední aktualizace 4.7.2006. (12.2.2007)
Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/2910>
26. Metodiky plánování sociálních služeb. Poslední aktualizace 2.3.2007. (16.4.2007)
Dostupné z http://www.kpss.cz/index.php?art=publish&art_id=2
27. MOTEJL, O. *Zpráva z návštěv ústavů sociální péče pro tělesně postižené.* (12.4.2006)
Dostupné // www.ochrance.cz/dokumenty/dokument.php?back=/cinnost/ochrana.php&doc=421
28. MOTEJL, O. *Zpráva z návštěv zařízení sociálních služeb pro seniory.* (13.7.2007)
Dostupné z <http://www.ochrance.cz/cinnost/ochrana.php>
29. MPSV ČR. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti.* 2007
30. MUSIL, L. a kol. *Standardy kvality a kultura sociálních služeb.* (závěrečná zpráva z případové studie). VÚPSV Brno 2005. s 74
31. PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví.* 1. vydání, Praha: Triton 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0
32. PRŮŠA, L., *Ekonomie sociálních služeb.* 1. vydání, Praha: ASPI Publishing spol. s.r.o. 2003. 152 s. ISBN 80-86395-69-3
33. POTŮČEK, M. *Nejen trh: role trhu, státu a občanského sektoru v proměnách české společnosti.* 1. vydání, Praha: Sociologické nakladatelství 1997. 188 s. ISBN 80-8585-026-5
34. ŘÍČAN, P. *Cesta životem.* 2. rozšíř. vydání, Praha: Portál, s.r.o. 2006. 390 s. ISBN 80-7367-124-7
35. SMUTEK, M., KAPPL, M. *Proměny klienta služeb sociální práce.* 1. vydání, Hradec Králové: Gaudeamus. 2006. 478 s. ISBN 80-7041-716-1

36. Sněmovní tisk č. 1102/2006 Vládní návrh zákona o sociálních službách (15.3.2007)
Dostupné z <http://www.psp.cz/cgi-in/win/sqw/sntisk.sqw?o=4&F=N>
37. TOMEŠ, I. a kol. *Sociální správa*. 1. vydání, Praha: Portál, s.r.o. 2002. 303 s. ISBN 80-7178-560-1
38. TOMEŠ, I. *Sociální politika teorie a mezinárodní zkušenost*. 2. přepracované vydání, Praha: Socioklub vydavatelství Sociopres, spol. s. r. o. 2001. 262 s. ISBN 80-86484-00-9
39. VASKOVÁ, V., ŽEŽULA, O. *Komunitní plánování – věc veřejná*. 1. vydání, Praha: MPSV 2002. 15 s. ISBN 80-8655-230-6
40. Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe, průvodce poskytovatele. 2. vydání Praha: MPSV 2003., 112 s. ISBN 80-86552-66-7
41. Vláda ČR. *Národní program přípravy na stárnutí na období 2003-2007*. Praha: Usnesení vlády ČR č.485, květen 2002. Poslední aktualizace 6.5.2005. (15.3.2007) Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/1055>
42. Vyhláška MPSV č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění
43. Zákon ČR č. 1/1993 Sb., v platném znění, Ústava České republiky
44. Usnesení ČNR č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod
45. Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů
46. Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů
47. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
48. Zákon č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
49. Zákon č. 114/1988 Sb., o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení

9. Přílohy

1. Obsah standardů kvality sociálních služeb
2. Dotazník
3. Seznam organizací, které se zapojily do výzkumu
4. Služby sociální péče

Obsah standardů kvality sociálních služeb

1. Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel má písemně definováno a zveřejněno poslání, cíle a zásady poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena, a to v souladu se zákonem stanovenými základními zásadami poskytování sociálních služeb, druhem sociální služby a individuálně určenými potřebami osob, kterým je sociální služba poskytována;	ano
b) Poskytovatel vytváří podmínky, aby osoby, kterým poskytuje sociální službu, mohly uplatňovat vlastní vůli při řešení své nepříznivé sociální situace;	ano
c) Poskytovatel má písemně zpracovány pracovní postupy zaručující řádný průběh poskytování sociální služby a podle nich postupuje;	ano
d) Poskytovatel vytváří a uplatňuje vnitřní pravidla pro ochranu osob před předsudky a negativním hodnocením, ke kterému by mohlo dojít v důsledku poskytování sociální služby.	ne

2. Ochrana práv osob

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro předcházení situacím, v nichž by v souvislosti s poskytováním sociální služby mohlo dojít k porušení základních lidských práv a svobod osob, a pro postup, pokud k porušení těchto práv osob dojde; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;	ano
b) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, ve kterých vymezuje situace, kdy by mohlo dojít ke střetu jeho zájmů se zájmy osob, kterým poskytuje sociální službu, včetně pravidel pro řešení těchto situací; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;	ano
c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání darů; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.	ne

3. Jednání se zájemcem o sociální službu

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, podle kterých informuje zájemce o sociální službu srozumitelným způsobem o možnostech a podmínkách poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;	ano
b) Poskytovatel projednává se zájemcem o sociální službu jeho požadavky, očekávání a osobní cíle, které by vzhledem k jeho možnostem a schopnostem bylo možné realizovat prostřednictvím sociální služby;	ano
c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro postup při odmítnutí zájemce o sociální službu z důvodů stanovených zákonem; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.	ne

4. Smlouva o poskytování sociální služby

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby s ohledem na druh poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;	ano
b) Poskytovatel při uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby postupuje tak, aby osoba rozuměla obsahu a účelu smlouvy;	ne
c) Poskytovatel sjednává s osobou rozsah a průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíl závislý na možnostech, schopnostech a přání osoby;	ne

5. Individuální plánování průběhu sociální služby

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla podle druhu a poslání sociální služby, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;	ano
b) Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby;	ano
c) Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda jsou	ano

naplňovány její osobní cíle;	
d) Poskytovatel má pro postup podle písmene b) a c) pro každou osobu určeného zaměstnance;	ano
e) Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám;	ne

Plnění kritérií uvedených v písmenech d) a e) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance.

6. Dokumentace o poskytování sociální služby

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zpracování, vedení a evidenci dokumentace o osobách, kterým je sociální služba poskytována, včetně pravidel pro nahlížení do dokumentace; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;	ano
b) Poskytovatel vede anonymní evidenci jednotlivých osob v případech, kdy to vyžaduje charakter sociální služby nebo na žádost osoby;	ne
c) Poskytovatel má stanovenou dobu pro uchování dokumentace o osobě po ukončení poskytování sociální služby.	ne

7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby, a to ve formě srozumitelné osobám; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;	ano
b) Poskytovatel informuje osoby o možnosti podat stížnost, jakou formou stížnost podat, na koho je možno se obracet, kdo bude stížnost vyřizovat a jakým způsobem a o možnosti zvolit si zástupce pro podání a vyřizování stížnosti; s těmito postupy jsou rovněž prokazatelně seznámeni zaměstnanci poskytovatele;	ano
c) Poskytovatel stížnosti eviduje a vyřizuje je písemně v přiměřené lhůtě;	ne
d) Poskytovatel informuje osoby o možnosti obrátit se v případě nespokojenosti s vyřízením stížnosti na nadřízený orgán poskytovatele nebo na instituci sledující dodržování lidských práv s podnětem na prošetření postupu při vyřizování stížnosti.	ne

8. Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel nenahrazuje běžně dostupné veřejné služby a vytváří příležitosti, aby osoba mohla takové služby využívat;	ano
b) Poskytovatel spolupracuje s právníckými a fyzickými osobami, které osoba označí, v zájmu dosahování jejich osobních cílů;	ne
c) Poskytovatel zprostředkovává osobě služby jiných fyzických a právníckých osob podle jejich individuálně určených potřeb;	ne
d) Poskytovatel podporuje osoby v kontaktech a vztazích s přirozeným sociálním prostředím.	ne

9. Personální a organizační zajištění sociální služby

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel má písemně stanovenou strukturu a počet pracovních míst, pracovní profily, kvalifikační požadavky a osobnostní předpoklady zaměstnanců; organizační struktura a počty zaměstnanců jsou přiměřené druhu poskytované sociální služby, její kapacitě a počtu a potřebám osob, kterým je poskytována;	ano
b) Poskytovatel má písemně zpracovanou vnitřní organizační strukturu, ve které jsou stanovena oprávnění a povinnosti jednotlivých zaměstnanců;	ne
c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání a zaškolování nových zaměstnanců a fyzických osob, které nejsou v pracovním právním vztahu s poskytovatelem;	ne
d) Poskytovatel, pro kterého vykonávají činnost fyzické osoby, které nejsou s poskytovatelem v pracovním právním vztahu, má písemně zpracována vnitřní pravidla pro působení těchto osob při poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.	ne

Plnění kritérií uvedených v písmenech a) až d) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance.

10. Profesionální rozvoj zaměstnanců

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel má písemně zpracován postup pro pravidelné hodnocení zaměstnanců, který obsahuje zejména stanovení, vývoj a naplňování osobních profesních cílů a potřeby další odborné kvalifikace;	ne
b) Poskytovatel má písemně zpracován program dalšího vzdělávání	ne

zaměstnanců;	
c) Poskytovatel má písemně zpracován systém výměny informací mezi zaměstnanci o poskytované sociální službě;	ne
d) Poskytovatel má písemně zpracován systém finančního a morálního oceňování zaměstnanců;	ne
e) Poskytovatel zajišťuje pro zaměstnance podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka.	ne

Plnění kritérií uvedených v písmenech c) a d) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance; kritéria uvedená v písmenech a) a b) se na tohoto poskytovatele vztahují přiměřeně.

11. Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby

Kritérium	Zásadní
Poskytovatel určuje místo a dobu poskytování sociální služby podle druhu sociální služby, okruhu osob, kterým je poskytována, a podle jejich potřeb.	ne

12. Informovanost o poskytované sociální službě

Kritérium	Zásadní
Poskytovatel má zpracován soubor informací o poskytované sociální službě, a to ve formě srozumitelné okruhu osob, kterým je služba určena.	ne

13. Prostředí a podmínky

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel zajišťuje materiální, technické a hygienické podmínky přiměřené druhu poskytované sociální služby a její kapacitě, okruhu osob a individuálně určeným potřebám osob;	ne
b) Poskytovatel poskytuje pobytové nebo ambulantní sociální služby v takovém prostředí, které je důstojné a odpovídá okruhu osob a jejich individuálně určeným potřebám.	ne

Plnění kritéria uvedeného v písmenu b) se nehodnotí u poskytovatele, který neposkytuje sociální služby v zařízení sociálních služeb.

14. Nouzové a havarijní situace

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel má písemně definovány nouzové a havarijní situace, které mohou nastat v souvislosti s poskytováním sociální služby, a postup při jejich řešení;	ne
b) Poskytovatel prokazatelně seznámí zaměstnance a osoby, kterým poskytuje sociální službu, s postupem při nouzových a havarijních situacích a vytváří podmínky, aby zaměstnanci a osoby byli schopni stanovené postupy použít;	ne
c) Poskytovatel vede dokumentaci o průběhu a řešení nouzových a havarijních situací.	ne

Plnění kritéria uvedeného v písmenu b) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance.

15. Zvyšování kvality sociální služby

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel průběžně kontroluje a hodnotí, zda je způsob poskytování sociální služby v souladu s definovaným posláním, cíly a zásadami sociální služby a osobními cíly jednotlivých osob;	ne
b) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zjišťování spokojenosti osob se způsobem poskytování sociální služby;	ne
c) Poskytovatel zapojuje do hodnocení poskytované sociální služby také zaměstnance a další zainteresované fyzické a právnické osoby;	ne
d) Poskytovatel využívá stížností na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby jako podnět pro rozvoj a zvyšování kvality sociální služby.	ne

Zdroj: vyhl. č. 505/2006 Sb.

Dotazník „Zavádění standardů kvality sociálních služeb v rezidenčních službách v kraji Vysočina“

V rámci svého studia na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích si Vás dovoluji oslovit s ohledem na výzkumnou část své diplomové práce na výše uvedené téma.

Otázky dotazníku vycházejí z naplňování jednotlivých kritérií standardů kvality a pro větší přehlednost jsou rozděleny do tří kategorií, a to na otázky vycházejí z oblasti personálního obsazení, z oblasti provozní a z oblasti procedurální. Tato část je určena pouze pro srovnání těchto údajů mezi poskytovateli sociálních služeb – domovů pro seniory s ohledem na to, kde je jejich zřizovatelem. Toto srovnání je součástí diplomové práce.

Dotazník je určen pouze k výzkumným účelům, je součástí diplomové práce a veškeré sdělené údaje jsou anonymní.

Děkuji za Vaši ochotu a vstřícnost.

Alena Řehořová

I. Údaje o organizaci:

1. Cílová skupina uživatelů sociální služby – charakteristika:

Podle věkového rozložení uživatelů (uveďte, prosím, věkové rozpětí uživatelů)

- Podle pohlaví muži (uveďte počet)
ženy (uveďte počet)
- Podle zdravotního stavu (týká se domovů se zvl. režimem a domovů pro zdravotně postižené občany):
.....
- Celkový počet uživatelů:

2. Kapacita zařízení (uved'te počet osob, které mohou službu čerpat v jednom okamžiku).....

3. Uved'te délku pobytu (počty uživatelů)

Do 1 roku (počet osob)

Do 3 let

Do 5 let

Do 7 let

Do 10 let

Nad 10 let

Personální obsazení

4. celkový stav pracovníků v organizaci (uved'te, prosím, počty)

- Vedení
- Administrativní
- Pracovníci v sociálních službách (v přímé péči)
- Pomocný personál

5. Existence a počet dobrovolníků:

6. Kvalifikace pracovníků dle následujícího kvalifikačního třídění (berte v úvahu stupně dosaženého vzdělání:

- Sociální pracovníci
 - ❖ VŠ
 - ❖ VOŠ
 - ❖ SŠ
 - ❖ Nižší
- Zdravotničtí pracovníci
 - ❖ VŠ
 - ❖ VOŠ
 - ❖ SŠ
 - ❖ Nižší
- Pracovníci v přímé péči

- ❖ VŠ
- ❖ VOŠ
- ❖ SŠ
- ❖ Nižší

7. Stabilita pracovníků v přímé péči (uveďte, prosím, počty pracovníky dle doby zaměstnání v organizaci):

- Do 6 měsíců
- Do 2 let
- Do 5 let
- Do 7 let
- Do 10 let
- Nad 10 let

▪ 8. Věková struktura pracovníků (uvádějte opět počty):

- Do 30 let
- Do 40 let
- Do 50 let
- Nad 50 let

▪ 9. Umístění organizace – budovy:

- Počet objektů (celkem):
- Z toho pro uživatele:
- Z toho správní:

II. Současný stav zavádění Standardů kvality sociálních služeb

1. Úroveň zavádění standardů kvality:

- f) Začínáme, získáváme informace
- g) Některé ze standardů máme zavedeny
- h) Nacházíme se ve fázi zavádění

- i) V organizaci proběhla pilotní inspekce
- j) Standardy kvality jsou běžnou součástí námi poskytované služby

2. Naplňování jednotlivých standardů ve vztahu k obtížnosti jejich implementace:

- d) Procedurální standardy – č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- e) Personální standardy – č. 9, 10
- f) Provozní standardy – č. 11, 12, 13, 14, 14

/u písmen a), b), a c) zakroužkujete dle Vašeho názoru náročnost jednotlivých standardů, je možné vybrat více standardů/

3. Překážky v zavádění standardů kvality sociálních služeb:

- f) Nedostatečné informace
- g) Složitost implementace standardů
- h) Nedostatek kvalifikovaných zaměstnanců
- i) Nedostatek času
- j) Obavy z možných komplikací
- k)
- l)
- m)

(na volné řádky doplňte další důvody, lze zvolit i více odpovědí)

4. Absolvovali jste již vzdělávání v oblasti zavádění standardů kvality sociálních služeb

- a) Ano
- b) Ne

5. Jaká témata jste v absolvovaném vzdělávání postrádali nebo jim byla věnovaná malá časová dotace? Uveďte, prosím, 3 okruhy témat.

.....

III. Naplňování jednotlivých kritérií standardů kvality sociálních služeb

č.	Požadavek - kritéria standardů kvality sociálních služeb	Důkaz	Zjištění*			Body	Zásadní kritéria	Poznámka
			S	ČS	N			
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Cíle a zásady poskytovaných sociálních služeb								
1.a.a	Poskytovatel má pisemně definováno poslání a to v souladu se zákonem stanovenými základními zásadami poskytování sociálních služeb, druhem sociální služby a individuálně určenými potřebami osob, kterým je sociální služba poskytována;						ano	
1.a.b	Poskytovatel má zveřejněno poslání							
1.a.c	Poskytovatel má pisemně definovány cíle a to v souladu se zákonem stanovenými základními zásadami poskytování sociálních služeb, druhem sociální služby a individuálně určenými potřebami osob, kterým je sociální služba poskytována;							
1.a.d	Poskytovatel má zveřejněny cíle							
1.a.e	Poskytovatel má pisemně definovány zásady poskytované sociální služby a to v souladu se zákonem stanovenými základními zásadami poskytování sociálních služeb, druhem sociální služby a individuálně určenými potřebami osob, kterým je sociální služba poskytována;							
1.a.f	Poskytovatel má zveřejněny zásady poskytované sociální služby							
1.a.g	Poskytovatel má pisemně definován okruh osob , kterým je služba určena a to v souladu se zákonem stanovenými základními zásadami poskytování sociálních služeb, druhem sociální služby a individuálně určenými potřebami osob, kterým je sociální služba poskytována;							
1.a.h	Poskytovatel má zveřejněn okruh osob , kterým je služba určena							
1.b.	Poskytovatel vytváří podmínky , aby osoby, kterým poskytuje sociální službu, mohly uplatňovat vlastní vůli při řešení své nepříznivé sociální situace;						ano	

3.b	Poskytovatel projednává se zájemcem o sociální službu jeho požadavky, očekávání a osobní cíle , které by vzhledem k jeho možnostem a schopnostem bylo možné realizovat prostřednictvím sociální služby;						ano	
3.c.a	Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro postup při odmítnutí zájemce o sociální službu z důvodů stanovených zákonem;						ne	
3.c.b	Poskytovatel podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.							
4. Smlouva o poskytování sociální služby								
4.a.a	Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby s ohledem na druh poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena						ano	S ohledem na typ služby.
4.a.b	Podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;							
4.b	Poskytovatel při uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby postupuje tak, aby osoba rozuměla obsahu a účelu smlouvy ;						ano	
4.c	Poskytovatel sjednává s osobou rozsah a průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíl závislý na možnostech, schopnostech a přání osoby						ne	
5. Individuální plánování průběhu sociální služby								
5.a.a	Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro individuální plánování průběhu poskytování sociální služby s ohledem na druh sociální služby a okruh osob, kterým je určena;						ano	
5.a.b	Podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.							
5.b.a	Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro vedení individuálních záznamů o průběhu poskytování sociální služby;						ano	
5.b.b	Podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;							

5.c.a	Poskytovatel společně s osobou plánuje , popřípadě mění průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle, potřeby, schopnosti a zdravotní stav osoby, její přirozené sociální prostředí a s ohledem na možnosti poskytovatele;							ano	
5.c.b	Průběžně hodnotí, popřípadě mění průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle, potřeby, schopnosti a zdravotní stav osoby, její přirozené sociální prostředí a s ohledem na možnosti poskytovatele;								
5.d	Poskytovatel má pro postup podle písmene c) pro každou osobu určeného zaměstnance;							ano	
5.e	Poskytovatel vytváří a uplatňuje system získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám;							ne	
6. Dokumentace o poskytování sociální služby									
6.a.a	Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zpracování, vedení a evidenci dokumentace o osobách, kterým je sociální služba poskytována, včetně pravidel pro nahlížení do dokumentace;							ano	
6.a.b	Podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;								
6.b	Poskytovatel vede anonymní evidenci jednotlivých osob v případech, kdy to vyžaduje charakter sociální služby nebo na žádost osoby;							ne	
6.c	Poskytovatel má stanovenou dobu pro uchování dokumentace o osobě po ukončení poskytování sociální služby.							ne	
7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby									
7.a.a	Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby, a to ve formě srozumitelné osobám;							ano	
7.a.b	Podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;								

7.b.a	Poskytovatel informuje osoby o možnosti podat stížnost , jakou formou stížnost podat, na koho je možno se obracet, kdo bude stížnost vyřizovat a jakým způsobem a o možnosti zvolit si zástupce pro podání a vyřizování stížnosti;						ano	
7.b.b	s těmito postupy jsou rovněž prokazatelně seznámeni zaměstnanci poskytovatele;							
7.c	Poskytovatel stížnosti eviduje a vyřizuje je písemně v přiměřené lhůtě;						ne	
7.d	Poskytovatel informuje osoby o možnosti obrátit se v případě nespokojenosti s vyřízením stížnosti na nadřízený orgán poskytovatele nebo na instituci sledující dodržování lidských práv s podnětem na prošetření postupu při vyřizování stížnosti.						ne	
8. Návaznost dostupné služby na další dostupné zdroje								
8.a	Poskytovatel vytváří příležitosti, aby se osoby mohly zapojovat do ekonomického, sociálního a kulturního života společnosti a využívat běžně dostupné služby;						ano	
8.b	Poskytovatel spolupracuje s právníckými a fyzickými osobami, které osoba označí , v zájmu dosahování jejich osobních cílů;						ne	
8.c	Poskytovatel zprostředkovává osobě služby jiných fyzických a právníckých osob podle jejich individuálně určených potřeb;						ne	
8.d	Poskytovatel podporuje osoby v kontaktech a vztazích s přirozeným sociálním prostředím						ne	
9. Personální a organizační zajištění služby								
9.a.a	Poskytovatel má písemně stanovenou strukturu a počet pracovních míst, pracovní profily, kvalifikační požadavky a osobnostní předpoklady zaměstnanců;						ano	
9.a.b	Organizační struktura a počty zaměstnanců jsou přiměřené druhu poskytované sociální služby , její kapacitě a počtu a potřebám osob, kterým je poskytována;							

9.b	Poskytovatel má písemně zpracovanu vnitřní organizační strukturu, ve které jsou stanovena oprávnění a povinnosti jednotlivých zaměstnanců;						ne	
9.c.a	Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání nových zaměstnanců a fyzických osob, které nejsou v pracovně právním vztahu s poskytovatelem;						ne	
9.c.b	Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zaškolování nových zaměstnanců a fyzických osob, které nejsou v pracovně právním vztahu s poskytovatelem;							
9.d.a	Poskytovatel, pro kterého vykonávají činnost fyzické osoby, které nejsou s poskytovatelem v pracovně právním vztahu, má písemně zpracována vnitřní pravidla pro působení těchto osob při poskytování sociální služby;						ne	
9.d.b	Podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.							
10. Profesionální rozvoj zaměstnanců								
10.a	Poskytovatel má písemně zpracován postup pro pravidelné hodnocení zaměstnanců , který obsahuje zejména stanovení, vývoj a naplňování osobních profesních cílů a potřeby další odborné kvalifikace;						ne	
10.b	Poskytovatel má písemně zpracován program dalšího vzdělávání zaměstnanců;						ne	
10.c	Poskytovatel má písemně zpracován systém výměny informací mezi zaměstnanci o poskytované sociální službě;						ne	
10.d	Poskytovatel má písemně zpracován systém finančního a morálního oceňování zaměstnanců ;						ne	
10.e	Poskytovatel zajišťuje pro zaměstnance podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka .						ne	
11. Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby								
11	Poskytovatel určuje místo a dobu poskytování sociální služby podle druhu sociální služby, okruhu osob, kterým je poskytována, a podle jejich potřeb.						ne	

12. Prostředí a podmínky							
12	Poskytovatel má zpracován soubor informací o poskytované sociální službě , a to ve formě srozumitelné okruhu osob, kterým je služba určena.					ne	
13. Prostředí a podmínky							
13.a	Poskytovatel zajišťuje materiální, technické a hygienické podmínky přiměřené druhu poskytované sociální služby a její kapacitě, okruhu osob a individuálně určeným potřebám osob;	Prohlídka zařízení Rozhovor s respondenty Rozhovor s vedoucím zařízení				ne	
13.b	Poskytovatel poskytuje pobytové nebo ambulantní sociální služby v takovém prostředí, které je důstojné a odpovídá okruhu osob a jejich individuálně určeným potřebám.					ne	
14. Nouzové a havarijní situace							
14.a	Poskytovatel má písemně definovány nouzové a havarijní situace , které mohou nastat v souvislosti s poskytováním sociální služby, a postup při jejich řešení;					ne	
14.b	Poskytovatel prokazatelně seznámí zaměstnance a osoby, kterým poskytuje sociální službu, s postupem při nouzových a havarijních situacích a vytváří podmínky, aby zaměstnanci a osoby byli schopni stanovené postupy použít					ne	
14.c	Poskytovatel vede dokumentaci o průběhu a řešení nouzových a havarijních situací.					ne	
15. Zvyšování kvality sociálních služeb							
15.a	Poskytovatel průběžně kontroluje a hodnotí, zda je způsob poskytování sociální služby v souladu s definovaným posláním, cíly a zásadami sociální služby a osobními cíly jednotlivých osob;					ne	
15.b	Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zjišťování spokojenosti osob se způsobem poskytování sociální služby;					ne	

15.c	Poskytovatel zapojuje do hodnocení poskytované sociální služby také zaměstnance a další zainteresované fyzické a právnické osoby;						ne	
15.d	Poskytovatel využívá stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby jako podnět pro rozvoj a zvyšování kvality sociální služby						ne	
Počet zásadních kritérií, která byla ohodnocena body 0 a 1:								
Celkový počet bodů								

Zdroj: MPSV

Vysvětlivky: N – neshoda, není kritérium naplňováno, bodové ohodnocení 0

ČS – kritérium je naplňováno částečně, bodové ohodnocení 1

S – kritérium je naplňováno zcela, bodové ohodnocení 2-3 (3 body pokud je kritérium splněno výborně)

* zjištění se označuje x

Rozhor s vedením organizace:

- 1) Kdo se podílí na tvorbě standardů kvality v organizaci?
- 2) Zpracovává Vaše pracoviště metodiky pro implementaci standardů kvality:
- 3) Bude si aplikace standardů vyžadovat změny v organizaci? Kdo bude za tyto změny odpovědný?
- 4) Máte vymezeny situace střetu zájmů a opatření v těchto situacích?
- 5) Cítíte se být na zavádění standardů kvality sociálních služeb připraveni?
 - Co byste potřebovali pro překonání případných překážek?
 - Máte dostatek potřebných informací?
 - Rozumíte zcela jednotlivým kritériím standardů?

Rozhovor s pracovníky přímé péče:

- 1) Co očekáváte od zavádění standardů kvality na vašem pracovišti?
- 2) Budou mít standardy kvality vliv na Vaši práci? Proč a v jakých oblastech?
- 3) Je uživatel zapojován do zavádění standardů kvality ve Vaší organizaci?
- 4) Má Vaše organizace definované poslání a cíle služby? Znáte je? Bylo zpracováváno v pracovních skupinách?
- 5) Máte vymezeny situace možného porušení práv uživatelů a opatření v těchto situacích?

Seznam zařízení sociální péče zřizovaných krajem Vysočina
(přesný název dle zřizovací listiny)

1. DD Havlíčkův Brod

Název organizace: Domov pro seniory Havlíčkův Brod, příspěvková organizace

Sídlo organizace: U Panských 1452, 580 01 Havlíčkův Brod

2. DD Humpolec

Název organizace: Domov důchodců Humpolec, příspěvková organizace

Sídlo organizace: Máchova 210, 396 01 Humpolec

3. DD Mitrov

Název organizace: Domov pro seniory Mitrov, příspěvková organizace

Sídlo organizace: Mitrov 1, 592 53 Strážek

4. DD Náměšť nad Oslavou

Název organizace: Domov pro seniory Náměšť nad Oslavou, příspěvková organizace

Sídlo organizace: Husova 971, 675 71 Náměšť nad Oslavou

5. DD Onšov

Název organizace: Domov důchodců Onšov, příspěvková organizace

Sídlo organizace: Onšov 1, 394 22 Košetice

6. DD Proseč - Obořiště

Název organizace: Domov důchodců Proseč - Obořiště, příspěvková organizace

Sídlo organizace: Nová Cerekev , místní část Proseč – Obořiště 1, 393 01 Pelhřimov

7. DD Proseč u Pošné

Název organizace: Domov důchodců Proseč u Pošné, příspěvková organizace

Sídlo organizace: Pošná, místní část Proseč u Pošné 1, 395 01 Pacov

8. DS Třebíč – Koutkova, Kubešova

Název organizace: Domov pro seniory Třebíč - Koutkova, Kubešova, příspěvková organizace

Sídlo organizace: Koutkova 302, 674 01 Třebíč

9. DD Třebíč – Manž. Curieových

Název organizace: Domov pro seniory Třebíč – Manž. Curieových 603, příspěvková organizace

Sídlo organizace: Manž. Curieových 603, 674 01 Třebíč

10. DD Velké Meziříčí

Název organizace: Domov pro seniory Velké Meziříčí, příspěvková organizace
Sídlo organizace: Hornoměstská 52, 594 01 Velké Meziříčí

11. DD Velký Újezd

Název organizace: Domov důchodců Velký Újezd, příspěvková organizace
Sídlo organizace: Velký Újezd 7, 675 32 Kojatice

12. DD Ždírec

Název organizace: Domov důchodců Ždírec, příspěvková organizace
Sídlo organizace: Ždírec 43, 588 13 Polná

13. DÚSP Černovice

Název organizace: Diagnostický ústav sociální péče Černovice, příspěvková organizace
Sídlo organizace: Dobešovská 1, 394 94 Černovice

14. ÚSP Jinošov

Název organizace: Ústav sociální péče Jinošov, příspěvková organizace
Sídlo organizace: Jinošov 1, 675 71 Náměšť nad Oslavou

15. ÚSP Křižanov

Název organizace: Ústav sociální péče Křižanov, příspěvková organizace
Sídlo organizace: Zámek 1, 594 51 Křižanov

16. ÚSP Ledec nad Sázavou

Název organizace: Ústav sociální péče Ledec nad Sázavou, příspěvková organizace
Sídlo organizace: Háj 1253, 584 01 Ledec nad Sázavou

17. ÚSP Lidmaň

Název organizace: Ústav sociální péče Lidmaň, příspěvková organizace
Sídlo organizace: Lidmaň 91, 395 01 Pacov

18. ÚSP Nové Syrovice

Název organizace: Ústav sociální péče Nové Syrovice, příspěvková organizace
Sídlo organizace: Nové Syrovice 1, 675 41 Nové Syrovice

19. ÚSP Těchobuz

Název organizace: Ústav sociální péče pro mentálně postižené Těchobuz, příspěvková organizace
Sídlo organizace: Těchobuz 1, 395 01 Pacov

20. ÚSP Věž

Název organizace: Ústav sociální péče pro dospělé Věž, příspěvková organizace
Sídlo organizace: Věž 1, 582 56 Věž

21. ÚSP Zboží

Název organizace: Ústav sociální péče Zboží, příspěvková organizace

Sídlo organizace: Zboží 1, 582 91 Světlá nad Sázavou

Příspěvkové organizace obcí – domovy pro seniory:

1. DS Telč

Název organizace: Domov pro seniory Telč, příspěvková organizace

Sídlo organizace, Špitální 46, 588 56 Telč

2. Dům klidného stáří Žďár nad Sázavou

Název organizace: Sociální služby města Žďár nad Sázavou

Sídlo organizace: Okružní 763, 591 01 Žďár nad Sázavou

3. Domov pro seniory Světlá nad Sázavou

Název organizace: Sociální centrum Světlá nad Sázavou

Sídlo organizace: Na Bradle 1113, 582 91 Světlá nad Sázavou

4. Domov pro seniory

Název organizace: Sociální služby města Havlíčkova Brodu

Sídlo organizace: Reynkova 3643, 580 01 Havlíčkův Brod

Nestátní neziskové organizace:

1. Domov odpočinku ve stáří

Název organizace: Diakonie ČCE, středisko v Myslibořicích

Sídlo organizace: Myslibořice 1, 675 60 Myslibořice

2. Domov blahoslavené Bronislavy

Název organizace: Domov blahoslavené Bronislavy

Sídlo organizace: Školní 681, 396 01 Humpolec

Příloha č. 4

Služby sociální péče

Počet potřebné kapacity služeb sociální péče (počet míst) vypočtený podle republikových normativů (pro rok 2000) lze pro okresy kraje Vysočina stanovit následovně (počítáno se stavem obyvatelstva k 31. 12. 2000):

	Počet míst podle normativů na 10 000 osob	Výpočet míst podle normativů pro okresy:					
		kraj Vysočina	okres Havlíčkův Brod	okres Jihlava	okres Pelhřimov	okres Třebíč	okres Žďár n. Sázavou
Počet obyvatel		520 763	95 380	108 671	73 590	117 532	125 590
Vybavenost místy v zařízeních pro seniory celkem	69	3 593	658	750	508	811	867
z toho:							
v domovech důchodců	33	1 719	315	359	243	388	414
v domovech-penzionech pro důchodce	12	625	114	130	88	141	151
v bytových jednotkách DPS	24	1 250	229	261	177	282	301
Počet osob v ÚSP	23	1 198	219	250	169	270	289
Počet osob, kterým je poskytována pečovatelská služba	90	4 687	858	978	662	1 058	1 130

Porovnání vypočtených míst podle normativů a skutečného počtu míst ve službách sociální péče pro kraj Vysočina v roce 2001 bylo následující:

	Vypočtený stav	Skutečný stav	Rozdíl
Vybavenost místy v zařízení pro seniory celkem	3 593	4 933	1 340
z toho:			
v domovech důchodců	1 719	2 387	668
v domovech-penzionech pro důchodce	625	82	-534
v bytových jednotkách DPS		1 250	1 629
			379

<i>počet bytových jednotek</i>		1 417	
Počet osob v ÚSP			
Počet osob, kterým je poskytována pečovatelská služba	4 687	7 801	3 114
Vybavenost místy v zařízeních pro seniory celkem, včetně osob, kterým je poskytována pečovatelská služba	8 280	12 734	4 454

Z porovnání dostupných údajů je vidět nesoulad předpokládaných a skutečných počtů míst ve službách sociální péče v okresech kraje Vysočina. Mimo počtu osob umístěných v ÚSP, kdy skutečný stav nedosahuje potřebných míst vypočtených podle normativu, ve všech dalších službách kraj Vysočina převyšuje normativní výpočet. Z porovnání normativů a skutečného stavu vyplývá, že v kraji je téměř dvojnásobek klientů pečovatelské služby než je celorepublikový normativní počet.

Vzhledem k tomu, že věkové složení kraje je obdobné jako ve zbytku celé republiky, nemůže zvýšená potřeba služeb pro seniory být způsobena zvýšeným počtem této věkové kategorie v regionu.

Vysvětlení je třeba hledat především ve velmi roztráštěné sídelní struktuře regionu.

Zdroj: Analýza sociálně demografické situace a sociálních služeb v kraji Vysočina, Socioklub 2002