UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO
PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM
2010 – 2013

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Libor Bečka

Standardy kvality sociálních služeb u osob s mentálním postižením

Praha 2013

Vedoucí bakalářské práce: PaedDr. Stanislava Dyršmídová

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED STUDIES

2010 - 2013

BACHELOR THESIS

Libor Bečka

Quality standards for social services for people with learning disabilities

Prague 2013

The Bachelor Thesis Work Supervisor:
PaedDr. Stanislava Dyršmídová

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne ……. *Jméno autora*.....

Poděkování

Chtěl bych poděkovat vedoucí práce PaedDr. Stanislavě Dyršmídové za vstřícný a trpělivý přístup k vedení práce.

Anotace

Tato práce se zabývá standardy kvality poskytování sociálních služeb, jejich podstatou a možnými překážkami v jejich realizaci. Hlavní zaměření práce je cíleno na nutnost změny přístupu k uživatelům sociálních služeb a nutnost změny k přístupu k vedení pracovního kolektivu v zařízení sociálních služeb. Praktická část se metodou dotazníkového průzkumu snaží odhalit přítomnost jevů, které znemožňují realizaci sociálních služeb podle standardů kvality sociálních služeb.

Klíčová slova

bakalářské práce
demence
dotazníková šetření
lidská práva
mentální retardace
poruchy učení
standardy kvality poskytování sociálních služeb

Annotation

The thesis deals with social care quality standards, their essence and possible hindrances in their implementation. The thesis is aimed principally at the necessary changes in the attitude from the point of view of respect for both the service users and for the staff. The questionnaire survey and its evaluation, which make the subject of the practical part, aim at revelation of phenomena impeding realisation of social care based on the standards.

Keywords

bachelor thesis

demention

human rights

learning disabilities

mental retardation

quality standards in social services

questionnaire survey

OBSAH

ÚVOD 8
1. MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ 9
Mentální postižení – definice 9
Klasifikace a příčiny mentálních postižení 10
1.2.1 Klasifikace postižení podle doby vzniku a hloubky postižení 11
1.2.2 Vliv hloubky postižení na charakter potřebné podpory 12
1.3 Demence 13
1.4 Mentální postižení jako přisouzená vlastnost 14
2. SOCIÁLNÍ SLUŽBY 16
2.1 Sociální služby, definice pojmu 16
2.2 Historický vývoj pohledu na postižené jedince a poskytování sociálních služeb 17
2.3 Pradigmata přístupu k postiženým jedincům od starověku po současnost 19
2.4 Vývoj sociálních služeb na našem území po druhé světové válce 21
3. VYBRANÉ TEORETICKÉ KONCEPTY 23
3.1 Psychosociální přístup 23
3.2 Medicínský vs. sociální model poskytování péče 25
3.4 Manažerský styl 26
3.5 Komunitní prvek v zařízení sociálních služeb 28
4 . SOUČASNÁ SITUACE, ZÁKON O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH 30
4.1 Příspěvek na péči 31
4.2 Profesionalizace sociálních služeb 32
5 STANDARDY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB 34
5.1 Struktura a základní požadavky standardů 34
5.2 Standardy a změna pojetí poskytovaných služeb 36
5.3 Problémy při realizaci standardů 38
5.3.1 Vnitřní rozpory instituce standardů3 38
5.3.1 Vytváření dokumentace jako cíl a ne prostředek 39
5. 3.2 Střety zájmů v zařízení sociálních služeb 41
5.3.3 Styl práce znemožňuje poskytovat služby podle standardů 43
5.3.4 Pravidla v zařízení sociálních služeb 43
5.3.5 Identifikace zúčastněných s novými pravidly 45
6. DOMOVY SENIORŮ 46
6.1 Reálná situace na odděleních zvýšené péče domovů seniorů 48
6.2 Zavádění standardů v domovech seniorů 51
6.3 Úvaha 53
7. PRAKTICKÁ ČÁST – PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ 56
7.1 Cíle průzkumu 56
7.2 Hlavní průzkumná hypotéza a okruhy otázek 57
7.3 Metodologie průzkumu 58
7.4 Charakteristika výzkumné skupiny respondentů 61
7.5 Vlastní průzkum 69
7.6 Interpretace výsledků – diskuse 86
ZÁVĚR PRŮZKUMU 89
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ 90
SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ a TABULEK 92
SEZNAM PŘÍLOH 92

ÚVOD

Standardy sociálních služeb (dále jen standardy), jsou v současné době normou pro poskytování sociálních služeb a vytyčují úplně nový přístup k uživatelům sociálních služeb.

Zdůraznění respektu k lidským právům uživatele služeb a jeho svobodné vůli zásadně mění pojetí péče v některých sociálních službách. Mezi tyto služby nepochybně patří služby pro lidi s mentálním postižením, kde tradičně převládalo pečující, „rodičovsky" direktivní pojetí péče. Navíc u cílové skupiny lidí s mentálním postižením můžeme předpokládat nižší schopnost prosazovat svá práva a proto je úloha standardů při poskytování služeb této cílové skupině velmi důležitá.

Přestože jsou standardy zákonnou normou, jejich realizace je často povrchní a nereflektuje nutnost změny přístupu k řadě aspektů poskytování služeb. Realizace služeb podle standardů kvality neznamená jen formální vykazování požadovaných činností, ale především změnu pojetí role pomáhajících profesionálů. Klienti sociálních služeb (dále jen klient nebo uživatel) v tomto pojetí přestávají být trpnými příjemci péče, ale stávají se aktivními partnery pomáhajících profesionálů. Postižení je v tomto pojetí jen vedlejší kategorií. Klienti sociálních služeb jsou v pojetí služeb podle standardů bráni jako běžní občané a pomáhající profesionálové přestávají být „zdravotníky" a začínají být spíše pomocníky, kteří svým klientům pomáhají naplnit jejich individuální osobní aspirace.

V teoretické části práce se snažím postihnout zásadní změnu, kterou standardy přinášejí do pojetí přístupu k postižení jako takovému a změnu přístupu k některým reálným aspektům poskytování služeb. Dále se budu snažit nalézt a popsat situace, kdy snaha o reálné zavedení standardů selhává, nebo je ohrožena. Teoretická část práce čerpá z odborné literatury a praktických zkušeností získaných při práci v sociálních službách. Praktická část práce se zabývá zcela konkrétními názory a zkušenostmi zaměstnanců poskytujících služby lidem s mentálním postižením. Hlavní část průzkumu se zabývá situacemi, se kterými se zaměstnanci mohou setkávat při poskytování služby a které mohou mít vliv na realizovatelnost služby podle standardů.

1. MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

1.1 Mentální postižení - definice

Definice jevu mentální postižení i pojmy, kterými je tento jev označován, prochází kontinuálním vývojem. *„Včerejší vědecké termíny se rychle změnily v pojmy zneužívané k potupě. Termíny „idiot“, „imbecil“, „debil“, „duševně zaostalý“ a retardovaný“ se dnes používají především jako nadávky.“* (Emerson, 2008, s. 12).

V této práci se budu držet termínu mentální postižení (MP). V zahraniční i naší literatuře se můžeme setkat s ekvivalenty tohoto pojmu. Ve Velké Británii se například používá termín „poruchy učení“ v Severní Americe „mentální retardace“. Vývoj pravděpodobně bude takto pokračovat. Vždyť i původně zcela „politicky korektní“ termín mentální retardace, který měl původně zdůraznit, že se nejedná o naprostou absenci schopností, ale spíše určité zpomalení vývoje, můžeme nepříliš dlouho po jeho zavedení vnímat jako hanlivý.

Definice dle kategorizace nemocí podle WHO vychází z naměřené výšky inteligenčního kvocientu (IQ) daného jedince *„ Mentální retardace je definována jako významně podprůměrné intelektuální fungování [IQ<70], které vede k současnému zhoršení adaptivního chování, nebo je s ním spojené. Projevuje se během období vývoje jedince.“* (Grossman in Emerson, 2008, s. 12).

I když jsou v definici zahrnuty i (narušené) znaky adaptivního chování, pojem IQ zde hraje první roli. Vzhledem k multifaktoriální charakteristice inteligence je otázka, zda odvozování faktu mentálního postižení z měření IQ dostatečně postihuje skutečnou charakteristiku postiženého jedince a nebude u větší části odborné veřejnosti patrný větší příklon k zájmu o deficity v adaptivním chování postiženého jedince a odklon od primární úlohy koeficientu IQ. Grossmanova definice postrádá ještě jedno důležité kritérium, podle kterého jedince klasifikujeme jako mentálně postiženého, a tím je trvalost postižení. Švarcová uvádí. *„Mentálním postižením nebo mentální retardací nazýváme tedy trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo*

v důsledku organického poškození mozku. Mentální postižení není nemoc, je to trvalý stav, způsobený nedostatečností nebo poškozením mozku.“ (Švarcová, 2003, s. 25)

1.2 Klasifikace a příčiny mentálních postižení

Obecně lze většinou označit příčiny mentálního postižení za kombinaci různých faktorů. Jen u některých případů lze vysledovat jasnou příčinnost. Může to být například spojitost mezi onemocněním matky nebo postiženého jedince a následným mentálním postižením jedince. I zde však zpravidla hraje roli více faktorů, jsou to faktory genetické v kombinaci s vlivem prostředí. *„ K mentální retardaci může vést celá řada různorodých příčin, které se vzájemně prolínají a spolupůsobí.. Ve výzkumu příčin mentální retardace vystupovala dvě rozdílná hlediska. Hledisko akcentující dědičnost a více méně podceňující vlivy prostředí a výchovy na vývoj člověka a hledisko zdůrazňující převážný vliv prostředí na utváření osobnosti člověka a jeho schopností, které nezohledňovalo vlivy genetické.“* (Švarcová, 2003, s. 55). Švarcová uvádí jako hlavní tyto příčiny: *Následky infekcí a intoxikací, následky úrazů a fyzikálních vlivů, poruchy výměny látek, růstu, výživy, makroskopické léze mozku, nemoci a stavy způsobené jinými nespecifickými vlivy, anomálie chromozomů, nezralost, vážné duševní poruchy, psychosociální deprivace, jiné a nespecifikované etiologie.* (Švarcová, 2003, s. 56)

Možných vlivů na vznik mentálního postižení je mnoho a zpravidla není možné určit, který z nich byl rozhodující. To Švarcová zdůrazňuje především ve vztahu k rodičům postiženého dítěte, kde může být hledání příčin (viníka) značnou překážkou v přijetí dítěte rodiči a tím i překážkou v budoucím výchovném působení na dítě.

Švarcová rovněž uvádí. *„Jeden z nejvýznamnějších autorů prací o mentální retardaci , K.Matulay, uvádí, že všechny dosud známé příčiny mentální retardace vyvolávají necelou čtvrtinu této poruchy. Až 80% případů mentální retardace, převážně v pásmu lehkého poškození, má neznámý resp. neurčený původ.“* (Švarcová, 2003, s. 57).

1.2.1 Klasifikace postižení podle doby vzniku a hloubky postižení

Osoby s mentálním postižením se jsou velmi odlišné. Tato odlišnost je dána především rozsahem vlastního postižení, často označovaná jako hloubka postižení. Podle doby vzniku můžeme dělit mentální postižení na vrozené (dříve nazývané jako oligofrenie) a získané v průběhu života. Pokud k tomuto postižení dojde u dítěte ve dvou letech života, je označováno jako demence.

Je nutno zmínit ještě jednu kategorii postižených a to těch u kterých k funkčnímu postižení nedošlo v důsledku organické poruchy, ale v důsledku psychosociální deprivace. Tato porucha byla dříve označována jako pseudooligofrenie. Pro zdravotnickou, pedagogickou a sociální praxi je důležité rozdělení mentální retardace dle míry (hloubky) postižení.

„Světová zdravotnická organizace (WHO) posuzuje hloubku postižení (retardace) podle toho, jak dalece se jedinec vzdaluje od modálního průměrného výkonu, který má hodnotu IQ 100. Za hranici mentální retardace WHO považuje IQ 70.“ (Šiška, 2005, s. 9)

Toto hodnocení dle MKN 10 připouští i měření škálami, které určují stupeň sociální adaptace v určitém prostředí. Celkově je tato klasifikace založena především na dosažené úrovni mentálních schopností, vyjádřená hodnotou koeficientu IQ.

Další faktory určující jedincovu adaptabilitu a schopnost učení jsou z hlediska správné určení diagnózy nejvýznamnější. Podle Mezinárodní klasifikace nemocí, desáté revize (MKN 10) je mentálním postižení rozděleno tak, jak je uvedeno v následující tabulce č. 1.

Zajímavé je, že MKN 10 uvádí i starší a dnes již zastaralé, ale dodnes používané termíny. Pozornost si jistě zaslouží i čtvrté místo v označení diagnózy, které v kombinaci se základními kategoriemi slouží k označení míry poruch chování.

Tab. 1 Mentální retardace podle MKN 10

Diagnóza	IQ-		charakteristika schopností a adaptability	Stará terminologie
F70	50-69	Lehká MR	IQ se pohybuje přibližně mezi 50 až 69 (což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 9 až 12 let). Stav vede k obtížím při školní výuce.Mnoho dospělých je ale schopno práce a úspěšně udržují sociální	*lehká slabomyslnost (oligofrenie), lehká mentální subnormalita, debilita*
F 71	35-49	Střední MR	IQ dosahuje hodnot 35 až 49 (což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 6 až 9 let). Výsledkem je zřetelné vývojové opoždění v dětství, avšak mnozí se dokáží vyvinout k určité hranici nezávislosti a soběstačnosti, dosáhnou přiměřené komunikace a školních dovedností. Dospělí budou potřebovat různý stupeň podpory k práci a k činnosti ve společnosti	*střední mentální subnormalita střední slabomyslnost (oligogrenie) imbecilita*
F71	20-34	Těžká MR	IQ se pohybuje v pásmu 20 až 34 (u dospělých odpovídá mentálnímu věku 3 až 6 let). Stav vyžaduje trvalou potřebu podpory.	*těžká mentální subnormalita těžká slabomyslnost (oligofrenie) idioimbecilita*
F72	>20	Hluboká MR	IQ dosahuje nejvýše 20 (což odpovídá u dospělých mentálnímu věku pod 3 roky). Stav způsobuje samostatnost a potřebupomoci při pohybování, komunikaci a hygienické péči.	*Těžká mentální subnormalita hluboká slabomyslnost (oligofrenie) idiocie*
F78			Jiná mentální retardace	
F79			Neurčená mentální retardace	*mentální: . deficit NS . subnormalita NS slabomyslnost (oligofrenie) NS*

Zdroj: MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ - Desátá revize *aktualizovaná druhá verze k 1.1. 2012*

1.2.2 Vliv hloubky postižení na charakter potřebné podpory

Hloubka postižení má zásadní vliv na to, jaké formy a míru podpory klient sociálních služeb potřebuje. U lidí s lehkou mentální retardací můžeme při poskytování adekvátní podpory očekávat značnou míru samostatnosti. U těchto osob jsou dobré předpoklady k adekvátnímu a plnohodnotnému zapojení se do společenského života. U lidí s těžší mentální retardací můžeme

naopak mnohdy předpokládat téměř úplnou či úplnou závislost na okolí. U jedinců se středním stupněm mentální retardace záleží hodně na tom, jaké mají adaptační schopnosti, které přímo nesouvisí s IQ. *„V této skupině jsou velké rozdíly v povaze schopností“* (Švarcová, 2003, s. 30) U lidí s těžší mentální retardací můžeme naopak mnohdy předpokládat téměř úplnou, či úplnou závislost na svém okolí. Podpora lidem s těžkým mentálním postižením, ať již vycházíme z jakéhokoli konceptu přístupu ke klientovi, prakticky spočívá mnohdy spíše v péči než podpoře rovnocennému partnerovi.

Klienti s omezenou nebo až absentující schopností vyjádřit své přání jsou na pomáhajících osobách obzvláště závislí. Tato situace je sice řešitelná kvalitními postupy zjišťování klientových preferencí a poctivým přístupem k řešení otázek práce s tímto klientem. Můžeme se domnívat, že tito klienti jsou nejohroženější porušováním jejich práv. O výrazném rozdílu v poskytování podpory lehce a těžce mentálně postiženým jedincům svědčí i fakt, že jednotlivé tituly odborné literatury se často věnují problematice lehkého nebo naopak těžkého mentálního postižení. Nedá se jednoznačně říci, že těžké mentální postižení vyžaduje jiný přístup než lehké mentální postižení. Alfou i omegou je v obou případech respekt pomáhajícího profesionála ke klientovi a zaměření na zjištění jeho osobních potřeb a preferencí. Je však jasné, že klienti s lehkým mentálním postižením mají potenciál k velké samostatnosti a těžce mentálně postižení budou značně závislí na svých „pečovatelích“.

1.3 Demence

„Demence (F00–F03) je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno.Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy choroby, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek“. (MKN 10, s.189).

Práce s lidmi s demencí má oproti práci s lidmi s mentální retardací svá specifika. Péče o tyto osoby má přesto v praxi mnoho společného. Rozdílná doba vzniku a prognóza postižení umožňuje nebo naopak znemožňuje použití různých speciálních technik práce. Základní problematika kontroly situace v zařízení a dodržování práv klientů jsou však v konečném důsledku velmi podobné. Obecně bývá na lidi postižené „stařeckou demencí" nahlíženo trochu jinak. Je otázkou, zda je v tomto náhledu dostatečně zohledňován fakt, že se jedná o skupinu s velmi podobnými speciálními potřebami jako je tomu u lidí s vrozenou mentální retardací.

1.4 Mentální postižení jako přisouzená vlastnost

Mentální postižení je přírodním a společenským jevem, který se prokazatelně vyskytuje a je snaha tento jev popsat, vymezit a kategorizovat. Určité kategorizace a vymezení jsou nepochybně užitečné při výzkumu a předávání informací nebo jako kriterium pro přidělení určitých dávek či poskytnutí určitého druhu péče nebo podpory.

Jakkoli mohou být jasná vymezení toho kdo je či není mentálně postižený užitečná, přinášejí sebou i škodlivý prvek. Posilují a způsobují tendenci vnímat člověka s mentálním postižením jako někoho, kdo je mimo společenskou normu, jako cosi deviantního.

Na základě nálepky „mentálně postižený" je člověku určeno jaká bude požívat společenská práva a povinnosti. Šiška se zmiňuje o relativnosti pojmu mentálně postižený.

„*Relativnost a prostupnost ohraničení obou skupin ilustruje následující příklad, do roku 1959 panoval mezi odborníky konsensus ve 3% výskytu mentální retardace v populaci vycházejícího ze 75 bodů IQ nebo 1,5 standardní odchylky. V roce 1959 Americká asociace pro mentální postižení (American Association for Mental Deficiency - AAMD, později pojmenovaná na AAMR – American Association for Mental Retardation) revidovala psychometrické určení mentální retardace na 1 a více standardní odchylky. podle této definice bylo v populaci 16 % mentálně retardovaných. V roce 1973*

AAMD mentální retardaci předefinovala na 2 a více standardní odchylky a mentální retardací byla postižena 2% populace, čímž z mentální retardace ‚vyléčila" tisíce lidí. Příklad ukazuje, že v některém období nebo situaci může být člověk označen za mentálně retardovaného, ale v jiném období nebo v jiné situaci nikoliv.“ (Šiška, 2005, s. 9).

Tento příklad ilustruje, na jak vratkém základě stojí označení mentálně postižený. Přitom důsledky tohoto označení jsou většinou naprosto konkrétní, jiná práva, jiná odpovědnost, jiné příležitosti. Někteří autoři vycházející z teorie sociálního konstruktivismu považují samotný termín mentální retardace za irrelevantní. Šiška se o tom zmiňuje.

Někteří autoři odmítají vyčleňování části populace na základě snížené úrovně rozumových schopností. Podle Braginských (197l) je mentální retardace ve skutečnosti produktem sociálně politickým, nikoliv psychologickým. Diagnostiku a etiketizaci považují za nástroje vědecky legitimního ovládání společnosti, ve které jsou mentálně retardovaní nadbytečnou kategorií, jsou považováni za deviantní, zásadné odlišné a za ekonomicky neproduktivní. Vědecky mýtus mentální retardace zvěčněný společností, která odmítá pochopit potřebu skutečných sociálních reforem, úspěšně kamufluje negativními diagnostickými postupy a sociálním vyloučením. (Šiška, 2005, s. 12).

Přestože lze podobný přístup považovat za poněkud extrémní, dává nám možnost podívat se na věc ze zcela jiného pohledu než je zvykem v klasickém, medicínském pojetí mentální retardace. Deficit schopností se sice u osob s mentálním postižením prokazatelně vyskytuje a jeho příčinou zpravidla nejsou pouze společenské podmínky (Švarcová, 2003). V praxi je však potřebné, abychom se snažili sledovat spíše ty oblasti, kde může naše intervence prospět než ty, kde je cesta uzavřená. Cílem práce s postiženými jedinci je pomáhat konečný vliv tohoto deficitu na život jedince s postižením snižovat, než naopak nehodnými intervencemi tento deficit posilovat.

2. SOCIÁLNÍ SLUŽBY

2.1 Sociální služby, definice pojmu

Sociální služby můžeme vnímat jako součást sociální politiky státu nebo produkt různě motivovaných dobrovolných aktivit. Sociální služby jsou jedním z nástrojů k udržení sociálního smíru a pomoci v naplňování práv všech členů společnosti.

Sociální služby jsou zpravidla poskytovány lidem nějakým způsobem ohroženým v jejich plnohodnotném členství ve společnosti. Těžko bychom hledali jednotnou širší definici, co je to vlastně sociální služba. Sociální služby již historicky často měly a mají kořeny v dobrovolných charitativních a sousedských aktivitách a mnohdy se s nimi dodnes částečně překrývají. Často je těžké odlišit, kdy dobrovolná aktivita jednotlivce nebo skupiny jednotlivců přestává být sousedskou, církevní či svépomocnou aktivitou a začíná mít charakter sociální služby.

Významní autoři se v definici drží chápáni sociálních služeb jako institucionalizovaných a státem garantovaných forem sociální politiky. *"Sociální služby se částečně překrývají s širší kategorií veřejných služeb. Veřejné služby jsou poskytované v zájmu veřejnosti. Na rozdíl od služeb komerčních jsou financovány z veřejných rozpočtů, jsou podrobněji definovány legislativou než jiné služby a díky tomu jsou více závislé na politickém rozhodování státu krajů a obcí. „* (Matoušek, 2007, s. 9)

Matoušek dále zmiňuje v zahraničí používaný termín *human services* který je širší než termín sociální služby v našich podmínkách. Novák, sociální službu definuje:

„Sociální služba je veřejná služba určená osobám nebo skupinám osob, které se ocitnou v nepříznivé sociální situaci. Jde o činnost poskytující těmto osobám podporu při sociálním začleňování a ochranu před sociálním vyloučením s cílem umožnit jim zapojení do běžného života společnosti a využívat obvyklým způsobem jiné systémy (bydlení, školství, zdravotnictví, služby zaměstnanosti atd.) (Novák, 2005, s. 14)

2.2 Historický vývoj pohledu na postižené jedince a poskytování sociálních služeb

Sociální služby a sociální politika státu se vždy v první řadě zabývala širokou cílovou skupinou, kterou bychom mohli označit jako „chudí". Z pohledu poskytování sociální péče především osobám s mentálním postižením se v této práci zabýváme i vývojem sociálních služeb a nutnosti poskytování sociální pomoci obecně.

Vývoj služeb pro chudé a nemocné, které bychom dnes mnohdy označili za příjemce sociální pomoci či klienty sociálních služeb či zdravotnictví zásadně předznamenává a zahrnuje i vývoj služeb pro specificky postižené jedince.

Sociální služby se masivně rozvíjejí až od druhé poloviny dvacátého století. (Matoušek, 2007). Do té doby byl ve větší či menší míře běžný spíše segregační a represivní přístup ke znevýhodněným lidem v kombinaci s pomocí a péčí uvnitř rodin a menších místních komunit.

Postupným vývojem se však postoje a přístup ke znevýhodněným jedincům formoval až k dnešnímu stavu. Je nutné se zamyslet i nad tehdejší a dnešní definicí znevýhodněného člověka. Znevýhodněnými zde myslíme stejně tak staré, nemocné či nezaměstnané, jako i jedince s vrozeným či získaným tělesným nebo duševním postižením.

U postupně vznikajících předchůdců dnešních sociálních služeb ostatně také většinou nebylo odlišeno jako cílovou skupinou se zabývají a z dnešního pohledu mohli být příjemci služby z velmi odlišných cílových skupin. V určité, i když menší míře se s tímto jevem můžeme setkávat dodnes.

V dřívějších dobách mohl být značně odlišný pohled na to, který jedinec spadá do společenské normy a kdo je již za hranicí této normy. V některých případech mohl být znevýhodněn někdo, jehož schopnosti by mu v dnešní společnosti umožňovaly bez problémů najít uplatnění. V jiných případech to mohl být člověk, jehož schopnosti dnešní společnost posuzuje už jako pod hranicí normy a označuje ho za člověka postiženého. Tento člověk je uživatelem sociálních služeb.

Speciálně z pohledu na problematiku osob s mentálním postižením je v dnešní společnosti oproti minulosti potřeba lepších duševních schopností, aby se člověk mohl ve světě samostatně orientovat a nalézt společenské uplatnění. Dříve byla stanovena schopnost pro přežití tak, aby mohl jedinec vykonávat nějakou užitečnou manuální aktivitu. Tím byl svět pro mnohé menší a jednodušší.

Lidé žili v uzavřených místních komunitách, kde nepochybně fungovala značná solidarita mezi jejich členy. Přístup okolí k postiženým jedincům byl také do značné míry dán neznalostí etiologie postižení. Pipeková například uvádí k duševním chorobám:

„*Etiologie duševních chorob je vykládána nábožensky se sklonem chápat duševní onemocnění jako trest boží. Toto pojetí přetrvalo v evropské kultuře až do 19. století. Renesance se snaží o hledání pravdy za pomoci věd. Bojovala proti pověrám, čarodějnictví. Přesto dochází k vyčleňování mentálně postižených jedinců ze společnosti, známé jsou lodě bláznů, které měly izolovat a segregovat duševně postižené ze společnosti "zdravých"*“. (Pipeková, 1998, s. 108).

Také se však nabízí myšlenka, jestli se tyto pověry přece jen v něčem nezakládaly na reálných zkušenostech tehdejších lidí. Pokud bychom se na postižení dítěte dívali jako na trest za prostopášný život rodičů, nabízí se možná souvislost mezi nadměrným požíváním alkoholu nebo přenášením pohlavně přenosných nemocí a poškozením plodu v prenatální fázi vývoje.

I v případě, že by u zrodu těchto pověr skutečně stála určitá odpozorovaná zkušenost, se však jednalo o pohled, který se pravděpodobně ve většině případů nezakládal na realitě a až současný multietilologický pohled na příčiny většiny poruch přináší jiný pohled na příčiny postižení a tím i jiný pohled na postižené jedince.

2.3 Pradigmata přístupu k postiženým jedincům od starověku po současnost

Slowik a další autoři člení období vývoje sociálních služeb dle paradigmat přístupu k potřebným. Tato období nelze považovat za jednotnou charakteristiku přístupu ke znevýhodněným jedincům v dané době. Jednotlivé faktory typické pro jednotlivá období se mnohdy prolínaly a v mnoha případech se prolínají dodnes.

Represivní přístup je přiřazován k období starověku. Vyznačoval se tendencí k likvidaci či případně zotročování a vyhánění postižených jedinců. Přesto se i z této doby dochovaly záznamy o opatřeních pro podporu znevýhodněných a chudých. Například Matoušek uvádí.

„Když ve starém řecku Solon v rámci širších reforem zrušil dlužní otroctví, provedl historicky první systémové přerozdělování; jako reprezentant státu nařídil a vynutil solidaritu mezi nejbohatší a nejchudší třídou společnosti.“ (Matoušek, 2007, s. 17).

Slowik uvádí existenci archeologických nálezů dosvědčujících přežívání velmi závažně postižených jedinců. (Slowik 2007) Celkový přístup ke znevýhodněným a zejména od narození postiženým či duševně nemocným jedincům byl však bezpochyby likvidační, represivní a sociální služby, jak je známe dnes, prakticky neexistovaly.

Poslední významný vzestup likvidačního přístupu jsme v euroamerické kultuře mohli zaznamenat za druhé světové války v nacistickém Německu, kde byli postižení jedinci programově likvidováni v rámci provádění tak zvané „eutanazie“. Haškovcová o tom uvádí:

„Až po druhé světové válce vyšlo v plné šíři najevo, co vlastně znamenaly eutanatické akce, zejména program T4. Název je odvozen od jména a čísla berlínské ulice (Tierrgasse 4), kde se prováděla „likvidace“ životů, které „nebyly hodny žití“. (Haškovcová, 2000, s. 124) *Později bylo konstatováno, že nacistický režim zavinil smrt tisíců nevinných lidí a že eutanazie nebyla milosrdenstvím, ale vraždou.“* (Tamtéž, s. 125)

Charitativní přístup je přiřazován k období středověku. Vlivem křesťanství, které vnímá slabé a potřebné se objevil i nový přístup k těmto

jedincům. Při církevních institucích a zejména některých mnišských řádech začaly být zřizovány špitály, hospice atp. Přesto je pro toto období, ač je obdobím zrodu sociálních služeb, zároveň též obdobím, kdy byla likvidace a segregace znevýhodněných jedinců stále častým jevem.

„Ve středověku vedle sebe existovala soustavná křesťanská filantropie jako první institucionalizovaná podoba sociálních služeb, resp. chudinské péče, a zároveň represivní postoje zbytku společnosti, odrážející se i v zákonech, které přetrvaly v různých podobách mnoho století. (Matoušek, 2007, s.19)

Humanistický přístup je přiřazován k období renesance a osvícenství. Změny pohledu na tělesné stránky lidské bytosti spolu s celkovými společenskými změnami zapříčinily změnu přístupu k postižení jako takovému (byť spíše jen v úzkém kruhu odborné veřejnosti) Slowik o tom píše:

„S celkovým rozvojem vědeckého poznání a především medicíny nastupuje přímo programová péče o handicapované osoby spojená se specializací v přístupu k jedincům s různými druhy postižení.“ (Slowik, 2007, s. 13)

Rehabilitační přístup je typický pro konec devatenáctého a začátek dvacátého století. Vyznačuje se spojením sociální, výchovné a medicínské péče. Myšlenka je rehabilitovat – znovu uschopnit jedince k zapojení ve společnosti. Do druhé poloviny devatenáctého století můžeme též zařadit vznik specializované péče o mentálně postižené na našem území (Hephata 1871) (Černá 2008). Přestože lze toto období označit za velmi významné ve změnách přístupu k postiženému jedinci, je i v tomto období typická tendence k segregaci více postižených jedinců do tehdy hojně vznikajících ústavů. Přestože se ve své době jednalo o významný pokrok, je dnes tato tendence považována za již překonanou, i když se dodnes potýkáme s tendencí segregace postižených jedinců.

Dnešní dobu charakterizuje *Preventivně integrační přístup* zaměřený na prevenci vzniku postižení a snahu o integraci – včlenění postižených jedinců do „většinové“ společnosti.

Ještě dále jde koncept *inkluzivního* přístupu, tedy snahy vůbec postižené ze společnosti nevyčleňovat a nechat je v co největší možné míře využívat

běžné služby jako například školství, zdravotnictví a služby zaměstnanosti. I zde se samozřejmě jedná o určité teoretické koncepty a až budoucnost ukáže, jakým způsobem se je podaří či nepodaří realizovat. Slowik o inkluzivním přístupu zmiňuje:

„ I v tomto přístupu bychom samozřejmě mohli najít určitá rizika nebo negativní momenty, žádná lepší varianta soužití intaktní (nepostižené) populace s handicapovanými jedinci však v současnosti prakticky neexistuje. Znamená to tedy, že je před námi relativně dlouhá budoucnost, kdy se obě zmíněné skupiny budou muset aktivně učit společenskému soužití , což je koneckonců vždy otázka vztahu jednoho konkrétního člověka (nepostiženého) s druhým (postiženým).“ (Slowik, 2007 s. 14)

2.4 Vývoj sociálních služeb na našem území po druhé světové válce

Nástupem komunistického režimu v roce 1948 byla zpřetrhána prvorepubliková tradice poskytování sociálních služeb a postupně de facto všechny služby přešly pod působnost státu. Matoušek zmiňuje.

„Nový jednotný systém sociálního zabezpečení kodifikoval až zákon č. 55/1956 Sb., o sociálním zabezpečení. Tento zákon převedl v podstatě veškerou sociální péči na stát a jeho orgány.“ (Matoušek, 2007 s.24).

Sociální služby té doby měly těžiště v ústavní formě péče. Terénní služby (kromě pečovatelské služby) prakticky neexistovaly. Péče o postiženého člena rodiny doma nebyla příliš podporována. Pro kvalitu tehdejších sociálních služeb je kromě byrokratického charakteru jednání s uživateli a zájemci o službu nejtypičtější především silně paternalistický, segregační a normativní přístup k jednání s uživateli.

Ke kvalitativním změnám začalo docházet po roce 1989, když bylo do sféry poskytování sociálních služeb povoleno vstoupit i nestátním subjektům. Kvantitativně pojato však stále většina uživatelů sociálních služeb stále setrvávala ve státem zřízených ústavech sociální péče, velkých zařízení s velkou setrvačností v prosazování jakýchkoli změn. Matoušek se o nich

zmiňuje. *„ Situace v ústavních zařízeních se samozřejmě také začala měnit, i když v ještě řadu let po změně politického režimu v některých převládaly autokratické způsoby řízení“* (Matoušek, 2007, s. 31)

Odborníci v oborech pomáhajících profesí a různá zájmová sdružení (například církve nebo sdružení rodičů postižených dětí) založili mnoho nových organizací poskytující sociální služby. Mluví se o nutnosti reformy sociálních služeb a přípravná skupina při Ministerstvu práce a sociálních věcí formuluje standardy kvality sociálních služeb. Přitom až do roku 2006 stále platil zastaralý zákon o sociálních službách č. 100/1988Sb a nově vznikající služby se nacházely v jakémsi právním vakuu. Necírkevní subjekty je zpravidla zakládaly pod hlavičkou občanského sdružení. Mnoho sociálních služeb vzniklo také pod hlavičkou církví. V tomto nově vzniklém neziskovém sektoru vzniklo mnoho služeb, které na socialistickém „trhu služeb“ chyběly. Také se projevovala velká snaha o změnu přístupu k uživatelům služeb a aplikaci moderních poznatků. Absencí právní normy, která by nově vzniklé služby postihovala došlo ke zvláštní, možná trochu anomické situaci, kdy poskytování nových služeb nebylo ze strany státu téměř vůbec kontrolováno. Matoušek zmiňuje:

„Občanské sdružení se ze svých aktivit nemusí nikomu odpovídat, měnit své řídící orgány, nemusí vydávat výroční zprávy ani si nechávat provádět audit hospodaření s penězi. I když sdružení poskytovalo služby náročné na kvalifikaci personálu, nemuselo do roku 2007 zaměstnávat pracovníky s určitou kvalifikací, formulovat metodiky práce ani se nemuselo zabývat kvalitou služeb.“ (Matoušek, 2007, s. 31).

Nějaká kontrola ze strany státu však přece jen nově vzniklé subjekty postihovala, a to kontrola využívání prostředků čerpaných z grantů, což byla a je dodnes základní složka financování velké části sociálních projektů v oblasti neziskového sektoru. Z pohledu kvality služeb však nově vzniklé subjekty, přes sníženou kontrolu kvality ze strany státu zpravidla nabízely spíše moderní a kvalitní služby, zatímco ve velkých zařízeních docházelo většinou k modernizaci služeb jen velmi pomalu.

3. VYBRANÉ TEORETICKÉ KONCEPTY

Pro výslednou kvalitu poskytovaných služeb má velký význam komplex jevů, který bychom mohli nazvat společenské klima v organizaci poskytující sociální službu. Toto klima je určováno mnoha faktory jako je velikost organizace, celková filosofie poskytování služby a vedení organizace, složení týmu, oficiální i neoficiální normy chování všech zúčastněných – tedy pracovníků i klientů. Tato charakteristika nakonec v mnohém ovlivňuje styl poskytovaných služeb. Armstrong používá termín organizační kultura, který také do značné míry vystihuje tento těžko postižitelný, ale přesto zásadní komplex jevů. Definuje ji jako *„soustavu hodnot, norem, přesvědčení, postojů a domněnek, které asi sice nebyla nikde výslovně zformulována, ale formuje způsob chování a jednání lidí a způsoby vykonávání práce“* (Armstrong, 2002, s. 199) Poskytování sociálních služeb, je natolik široké téma, že pro něj není možné určit jednu velkou zastřešující teorii. Připomeňme si však některé již formulované teoretické modely, které nám mohou pomoci lépe pochopit filosofii poskytování těchto služeb a rozdíly mezi praktickými přístupy k práci v sociálních službách.

3.1 Psychosociální přístup

Východiskem psychosociálního přístupu je pohled na člověka jako „člověka-v-situaci “ (Navrátil, 2001, s. 44) a tedy pohled individuální, značně odlišný od tradičního normativního přístupu, který naopak spíše usiloval o to, aby se klient přizpůsobil svou individualitou stylu práce pomáhajícího profesionála (Řezníček, 2000)

„Historie psychosociálního přístupu je velmi bohatá a v jistém ohledu odráží vývoj celé sociální práce. Vznikl na počátku 20. století a jeho základní teze formulovala Mary Richmondová (1917) ve své proslulé knize „Social diagnosis“. Autorka zdůraznila význam sociálních podmínek, které však každý jedinec zvládá zcela jedinečným a specifickým způsobem. Richmondová dále navrhla základní diagnostické a metodické postupy, které se staly jádrem ‚individuální sociální práce s klientem (casework) (Navrátil, 2001, s. 43)

Psychosociální přístup nelze definovat jedinou uzavřenou teorií ale spíše jako termín zahrnující více dílčích teorií, které procházejí neustálým vývojem. Různí autoři přispívají novými pohledy na problematiku a kriticky hodnotí některé "zastaralé" koncepty.

„ V 50. letech 20. století do vývoje psychosociálního modelu zasáhla Helena Perlmanová (1957), která podrobila kritice model vystavěný na logice ***pozorování- diagnoza- intervence*** *a navrhla „model orientovaný na řešení problémů" (problem solving approach).* (Navrátil, 2001, s. 43)

Přestože lze na problematiku nahlížet z různých úhlů pohledu a akcentovat ty nebo ony prvky, v celkovém pojetí je základem tohoto přístupu náhled na člověka jako na neopakovatelnou individualitu fungující v sociálním kontextu. Tyto přístupy jsou nepochybně konceptem, který určuje směr současné sociální práce a tedy i její součásti - poskytování sociálních služeb.

3.2 Medicínský vs. sociální model poskytování péče

Velkou část problematiky nám pomáhají objasnit koncepty medicínského a sociálního modelu péče. Tyto modely charakterizují změnu přístupu, která se od sedmdesátých let minulého století odehrává v rozvinutých zemích a od devadesátých let (snad zrychleně) i v České republice. **Medicínský model** poskytování péče, vychází z premisy, že postižení je určitým patologickým stavem, který by poskytované služby měly napravit. Černá uvádí:

„Handicap je považován za záležitost vysoké odbornosti a za tragédii pro daného jedince – pacienta. Lékař stanovuje diagnózu „problému" , předepisuje léčbu a výsledkem odbornosti by měl být vyléčený pacient." (Černá, 2008, s. 82).

Zároveň je pro aplikaci toto modelu typický paternalistický a direktivní přístup k uživateli, personál přece nejlépe ví co a jak by měl pacient dělat, aby to pro něj bylo dobré. To mimochodem může být snadno zneužito při prosazování zájmu organizace či jednotlivých pracovníků proti zájmu klienta.

Z pohledu historického vývoje se samozřejmě jednalo o zlepšení, tento model však má své limity a je mnohdy otázkou, zda jeho aplikace postiženému spíše neškodí. Dá se říci, že tento model péče má své opodstatnění u potíží, které jsou v poměrně krátkém časovém horizontu reparabilní a zájem nápravy somatických funkcí organismu převažuje nad sociálními zájmy jedince. To tento model péče dělá vhodným především pro oblast akutní medicínské intervence. I tam je však nutné aby byly správně zhodnoceny priority – a případné opodstatnění direktivnímu přístupu k pacientovi a poskytování péče pacienta co nejméně poškozovalo v oblasti duševního zdraví a socializace.

V případě, že je medicínský model péče aplikován v sociálních službách, které zpravidla neřeší akutní medicínské stavy a mnohdy se velmi významnou měrou podílejí na procesu socializace a samotném životním prostoru postiženého člověka, přináší poskytování takovéto péče značná rizika.

„Podle kritiků medicínského modelu sehrála medicína klíčovou roli v procesu naturalizace jednak schopnosti ke „zdraví“ (opak nemoci) a jednak zneschopnění k „nemoci“ či k „patologickému stavu“ . Podle Brisendena (1986) je medicínský model zvlášť nebezpečný, neboť vytyčuje postiženému člověku cestu životem. Podle Abberleyho (1996) je lékařská „vědecká“ znalost hlavním nástrojem posilování a ospravedlňování sociálního vyloučení.“ (Černá, 2008, s.83).

V české republice se s převládajícím medicínským pojetím péče můžeme setkat u mnoha fungujících sociálních služeb. Reakcí na kritiku je nové paradigma - **sociální model** poskytování péče (i když zde by se hodil spíše výraz podpora či pomoc). Sociální model péče vychází z premisy, že v dosahování možností, které mají na své životní cestě jejich vrstevníci bez postižení, postiženým v mnoha případech nebrání samo postižení, ale společnost, která jim vymezuje roli postižených. Péče podle sociálního modelu nevnímá postiženého jako osobu která potřebuje péči a vedení, ale jako partnera kterému může být v rámci jeho objednávky nabídnuta pomoc s realizací jeho vlastních životních aspirací. Černá se zmiňuje:

„*Sociální model oproti medicínskému vychází z pozic holismu a vyzdvihuje celostnost před mechanicismem a redukcionismem. Nabízí nové*

pradigma podle kterého to není výlučně tělesné, smyslové nebo mentální postižení, které zneschopňuje, oslabuje nebo znevýhodňuje jedince.“ (Černá, 2008 s. 83).

Pokud se nad problémem zamyslíme, nalezneme mnoho případů, kdy role vymezená postiženému přináší jiné společenské postavení postiženého a to i v oblastech, které s postižením nijak přímo nesouvisí. Přijetí sociálního modelu jako základního paradigmatu poskytování péče, přináší nutnost změny nejen do struktury a cílů poskytovaných služeb, ale především změnu uvažovaní nad problematikou. Mění se společenské role, které vůči sobě pomáhající profesionál a uživatel služeb zaujímají a od pomáhajících profesionálů se čeká změna pohledu nejen na způsob poskytování služeb, ale i na samotné postižení.

Úskalí aplikace sociálního modelu naznačuje právě jeho název. Aby byl tento model péče aplikovatelný, musí být v širším společenském kontextu vytvořeny podmínky pro jeho aplikaci. Nejde jen o jednoduchou změnu pracovních postupů, ale o změnu myšlení odborné i široké veřejnosti.

3.4 Manažerský styl

Styl vedení v mnohém určuje konečnou práci zaměstnanců v zařízení sociálních služeb. V různých zařízeních se můžeme setkat s různými styly vedení od vedení zaměřeného na využití tvůrčího potenciálu pracovníků s důrazem na odborné a morální kompetence každého člena týmu po zcela direktivní styl vedení s výrazně autokratickými prvky . Manažerský styl uplatňovaný v zařízení je v případě zařízení sociálních služeb zvláště důležitý, neboť neovlivňuje pouze obecnou výkonnost pracovního týmu, ale především samotné chování zaměstnanců k jejich klientům. Toto ovlivnění se děje formou požadavků organizace ve formě předpisů, kodexů a dalších oficiálních požadavků nadřízených pracovníků, ale také latentními neoficiálními požadavky a očekáváními nadřízených pracovníků a vztahy v týmu. Dá se říci, že na práci pomáhajících profesionálů mají vliv nejen požadavky nadřízených ale v neposlední řadě i celkové nastavení sociálních vztahů v organizaci, které

zaměstnanci přebírají a v různé míře také aplikují na svou práci s klienty. Keller uvádí Linkertovo rozlišení manažerských stylů, které nám do značné míry může pomoci analyzovat a zařadit styl aplikovaný v konkrétní organizaci.

„1. Styl exploatačně autoritativní

Moc i řízení působí jednosměrně odshora dolů. Je časté používání trestů. Komunikace je chudá, týmová práce neexistuje. Celková produktivita je slabá.

2. Styl benevolentně autoritativní

Dává určitou příležitost podřízeným konzultovat problémy s vedením. Kromě pokut zná i odměny. Produktivita je vyšší, ovšem za cenu jistého plýtvání.

3. Styl konzultativní.

Cíle jsou stanovovány a příkazy vydávány po diskusi s podřízenými. Komunikace je již obousměrná. Není odmítána týmová práce. Zaměstnanci se částečně podílejí na rozhodování. Produktivita je dobrá.

4. Styl participativní.

Umožňuje ztotožnit se s organizací a jejími cíly. Vedle obousměrné komunikace vertikální existuje i komunikace horizontální. Jsou používány různorodé prostředky motivace . Produktivita je vysoká.“ (Keller, 1996, s. 42)

Sami si můžeme odpovědět na otázku, se kterými z těchto stylů se při práci v sociálních službách setkáváme a který je nejvhodnější pro to, aby organizace jako celek podávala vysoký a kvalitní výkon. Použití toho nebo onoho stylu vedení není jen otázkou produktivity, jako je tomu u výrobních organizací.

Zatímco styl vedení, který degraduje zaměstnance na pouhé vykonavatele požadavků svých nadřízených nemotivuje a způsobuje profesní stagnaci a až apatii zaměstnanců, participativní styly vedení pomáhají plně využít potenciálu zaměstnanců a předcházet syndromu vyhoření u zaměstnanců.

Těžko můžeme od zaměstnance, jehož osobní potřeby nejsou naplněny, čekat empatický přístup k naplňování potřeb jeho klientů. Nad potřebami zaměstnanců jako dospělých lidí se zamýšlí Argyris. Argyrova analýza potřeb zaměstnance vychází z polarity dospělost/nedospělost.

„Argyris tvrdí, že apatie zaměstnanců nepramení z jejich údajné lenosti, ale je protestem proti tomu, že se s nimi jedná jako s dětmi. Formální organizace se svými požadavky na specializaci úkolů, hierarchický řetězec příkazů a jednota vedení totiž přímo odporují bytostným potřebám dospělých lidí. Pro dospělá individua je takovéto prostředí pochopitelně neustálým zdrojem frustrace. Proto vytvářejí své vlastní neformální mikroprostředí, která často působí proti formálním požadavkům. (Keller, 1996, s. 44)

Styl vedení zaměřený na zapojení zaměstnanců do realizace služby není jen otázkou holé teorie, ale je ve svém důsledku (bohužel spíše implicitně) požadován pro dosažení kvalitní služby podle standardů. Například Payne v příručce Zavádění standardů kvality sociálních služeb – průvodce poskytovatele uvádí:

„*Zaměstnanci také musí být zapojeni do zajišťování a zvyšování kvality. To jim pomáhá k pocitu ocenění jejich práce. Také to pomáhá identifikovat potřeby jejich rozvoje a školení*“. (Johnová, 2002, s. 105).

Je těžké si představit reálné zapojení zaměstnanců do plánování průběhu a hodnocení kvality služeb v organizaci, kde názory zaměstnanců nejsou brány v potaz. Snaha o formální zapojení zaměstnanců bez toho, aby tomu byl vhodně přizpůsoben styl vedení a komunikace v organizaci, vede spíše jen k lehkému zamaskování skutečného stavu před inspektory sociálních služeb a další frustraci a demotivaci zaměstnanců, než skutečnému zvyšování kvality služby.

3.5 Komunitní prvek v zařízení sociálních služeb

Zásadním i když v literatuře spíše opomíjeným faktorem určujícím konečnou podobu služby je komunitní prvek života v (především pobytových) zařízeních sociálních služeb. Pokud chceme postihnout podstatu fungování zařízení sociálních služeb, tak na něj nemůžeme nahlížet pouze jako na výrobní jednotku, ale nabízí se spíše pohled jako na „živý sociální organismus“. Sociální dění v zařízení sociálních služeb bývá v různých zařízeních nastaveno různě. Můžeme se setkat s tendencí poskytovat služby každému klientovi zvlášť a vylučovat zapojení druhých klientů do poskytování služby i vyloženě

komunitní uspořádání, kde je většina každodenních záležitostí veřejně diskutována.

Komunikaci napříč komunitou klientů a pracovníků mají některá zařízení tendenci podporovat a jiná naopak komunikaci spíše brání. Mezi zúčastněnými klienty a pracovníky můžeme v různých zařízeních pozorovat různé nastavení vzájemného vztahu a komunikace od formální a čistě profesionální komunikace po neformální až přátelské vztahy. Totéž lze pozorovat i u komunikace mezi pracovníky navzájem. Denní režim je v některých zařízeních zaměřen především na individuální poskytnutí služby tomu nebo onomu klientovi, v některých zařízeních je každodenní život postaven na společných aktivitách a participaci jednotlivých klientů a pracovníků na společném životě.

Nedá se jednoznačně říci, který styl je vhodný. Extrémní polohy těchto stylů jsou vhodné spíše výjimečně u některých specifických služeb, jakou jsou například terapeutické komunity nebo právní poradny. Je potřeba důkladně zvážit, zda styl daného zařízení odpovídá skutečným potřebám jeho klientů. Přílišný akcent na společné aktivity může být pro klienty obtěžující a v konečném důsledku i porušovat jejich práva.

Na druhou stranu přehnaný akcent na uchování soukromí a nezaujaté poskytování služby a to i v těch ohledech, které to svou povahou vyloženě nevyžadují, může vést k sociální izolaci klientů a celkově horšímu fungování zařízení. Samozřejmě je vždy nutné přemýšlet, zda je to, co se děje korektní a nezaměňujme například přátelský vztah s manipulací s klientem nebo nezaměňujme dobrovolné komunitní aktivity za kolektivní aktivity v socialistickém stylu.

4 . SOUČASNÁ SITUACE, ZÁKON O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Dnešní stav je po dlouhé době platnosti zastaralé právní úpravy z dob socialismu upraven zákonem 108/2006 Sb. Zákon 108/2006 Sb. zastřešuje poskytování sociálních služeb státem zřízenými subjekty i poskytovatele s právním statutem občanského sdružení, veřejně prospěšné společnosti či církevním statutem. V širším vymezení pojmu sociální sužba bychom některé důležité služby, jako například speciálně pedagogická centra atd. našli pod správou ministerstva školství či zdravotnictví. To je dáno nejen historickým vývojem ale i provázaností problematiky sociální práce se zdravotnictvím a pedagogikou. Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. doplněný vyhláškami a následně i novelou přinesl řadu změn do fungování sociálních služeb v ČR.

„Zákon přinesl naprosto zásadní změnu v systému sociální péče. Opustil dosavadní praxi paternalisticko direktivního modelu a vytvořil prostředí pro rozvoj vztahů mezi poskytovateli sociálních služeb a jejich klienty (uživateli), založený na rovnoprávnosti, dobrovolnosti a důsledně individuálním přístupu, na úsilí o nevyčleňování adresátů sociálních služeb z přirozeného prostředí a ze společnosti, se zvláštním důrazem též na spolupráci mezi poskytovateli, uživateli i osobami jim blízkými, s cílem mobilizovat uživatele sociálních služeb k převzetí spoluodpovědnosti na řešení jejich nepříznivé sociální situace a závislosti na poskytování sociálních službách.“ (Krutilová, 2010, s. 26).

Základní zásady pro poskytování sociálních služeb definuje § 2 zákona o sociálních službách

§2 (1) Každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství (§ 37

odst. 2) o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení.

§2 (2) Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně,

podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležité kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob. (Zákon č. 108/2006 Sb.).

Zákon definuje některé nové instituty. Jsou to například příspěvek na péči, registrace poskytovatele, možnost aby fyzická osoba byla poskytovatelem služeb, smlouvu o poskytování služeb, standardy kvality a inspekce sociálních služeb (Krutilová, 2002, s.26) Další významnou změnou bylo ustanovení nových kategorií sociálních služeb a definice požadavků pro výkon profese v sociálních službách. Zákon bohužel kromě zavedení příspěvku na péči neřeší otázku financování sociálních služeb a tak se většina sociálních služeb stále potýká s nejistým a mnohdy nelogicky provozovaným systémem účelových grantů. V následujících podkapitolách si přiblížíme některé z těchto změn. Standardům je věnována samostatná kapitola.

4.1 Příspěvek na péči

Velkou změnu ve financování přinesla v ČR zcela nová sociální dávka, příspěvek na péči.

„Osobě, která je vzhledem ke svému zdravotnímu stavu hodnocena jako osoba, jež potřebuje od jiné osoby pomoc při zvládání běžných životních úkonů, bude přidělován určitý finanční příspěvek z veřejného rozpočtu a bude pak na rozhodnutí příjemce,jak tento příspěvek požije a které služby a od kterého subjektu si za něj „koupí“.“ (Matoušek, 2007, s.125).

Cílem zavedení příspěvku na péči bylo posílení role uživatelů služeb v systému a zavedení určité formy konkurenčního prostředí na poli poskytování sociálních služeb. To by mělo vést ke zkvalitňování služeb.

I když je otázka, zda by si klienti v případě nadbytku na trhu sociálních služeb vybírali spíše služby posilující jejich kompetence a spoluodpovědnost nebo spíše pohodlnější „více pečující“ služby, určitě se jedná o zajímavou myšlenku. Navíc příspěvek na péči umožňuje financování služeb

poskytovaných osobou blízkou postiženému. Příspěvek na péči je přidělován ve výši, která rozhodně nepostačuje k celkovému financování sociální služby pro člověka s daným omezením, ale na druhou stranu není v celkové ceně služeb zanedbatelný.

Bohužel můžeme setkat i s případy, kdy příspěvek na péči systému sociálních služeb spíše škodí. Často se stává, že poskytovatelé služeb ve snaze získat finanční prostředky z příspěvku na péči přijímají klienty, kteří neodpovídají jejich cílové skupině a navíc přijímají klientů více, než při zachování kvality podpory umožňuje personální zabezpečení služby. Příspěvek na péči se tak paradoxně v kombinaci s celkově nedostatečnou nabídkou služeb stává namísto nástroje zdravého konkurenčního boje mezi poskytovateli - nástroje zvyšování kvality důvodem ke snižování kvality služby.

Druhým problémem je, že sami postižení častokrát nepoužívají příspěvek k nákupu nějaké formy podpory, ale k nákupu spotřebního zboží. To odčerpává prostředky ze sféry sociálních služeb aniž by to přispívalo k jejímu rozvoji.

4.2 Profesionalizace sociálních služeb

Jedním z významných aspektů zákona 108/2006 Sb. je snaha o profesionalizaci sociálních služeb. Zákon definuje kategorie pracovníků, kteří se v sociálních službách podílejí na přímé péči o klienty a požadavky na jejich nejnižší vzdělání, kvalifikující je k výkonu profese.

To lze obecně považovat za faktor, který by měl zajišťovat zkvalitnění sociálních služeb. V praxi se však tato změna často projevila výměnou kompetentního pracovníka bez adekvátního vzdělání za pracovníka, který sice adekvátní vzdělání má, ale zase mu schází reálné zkušenosti a reálné profesní kompetence. To je naštěstí pravděpodobně spíše dočasný jev, který vymizí díky profesnímu růstu nové generace pracovníků.

Zákon však bohužel nedefinuje požadavky na vzdělání vedoucích pracovníků, kteří se na přímé péči o klienty nepodílejí. V praxi se tak můžeme

na vrcholných vedoucích postech setkat s pracovníky, kteří nemají žádné odpovídající vzdělání ani praxi v poskytování služby, kterou řídí.

4.3 Registrace poskytovatele a inspekce sociálních služeb

Nástrojem kontroly sociálních služeb jsou především registrace poskytovatele a inspekce sociálních služeb. Registrace zavazuje poskytovatele provozovat službu v souladu se zákonem o sociálních službách a následnou kontrolu v zařízeních zajišťuje inspekce sociálních služeb. Přestože již od roku 2007 naplno běží program inspekcí sociálních služeb, v některých zařízeních inspekce dosud neproběhla, přestože fungují více než 10 let.

Ve větších zařízeních zpravidla inspekce proběhla, ale přesto, že se v některých z nich o skutečném naplňování standardů nedá vůbec mluvit, inspektoři se spokojili s pouhou výzvou k nápravě, která zpravidla nebyla a vzhledem ke stavu v době inspekce ani nemohla být v konečném důsledku realizována. Zpravidla se nestává, že by byla většímu zařízení odebrána registrace. Děje se tak pravděpodobně především z toho důvodu, že není možné klientům zařízení nabídnout alternativní službu. Tomu odpovídá i tvrzení Mátlovo tvrzení:

Další překážkou striktnímu dodržování standardů může být i nedostatek alternativních služeb v situaci, kdy nefunguje na tomto trhu konkurence, jedná-li se o monopolního poskytovatele služeb či pokud na trhu dominuje několik poskytovatelů, kteří jsou schopni determinovat nabídku služeb (oligopolní situace). Z toho jasně vyplývá, že regulatorní orgány nebudou mít příliš mnoho prostoru pro manévrování, pokud bude těžké nebo nemožné najít alternativní služby. (Mátl, 2007, s. 25)

To však vedoucí zařízení nemotivuje k větším strukturálním změnám, ani nenabízí prostor pro vznik nových služeb. Další často zmiňovanou chybou inspektorů je hlavní zaměření na písemné záznamy a opomíjení skutečného stavu věcí. Mnoho zařízení se tak zaměřuje spíše na zamaskování skutečného stavu věcí zdánlivě kvalitní dokumentací, která však neodpovídá skutečnosti a pro pracovníky i samotného klienta je naprosto neužitečná. Přitom se jedná o

známou a častou chybu, jejíž analogie je zmíněna již v „Průvodci poskytovatele“.

„Metodika je vytvořena pouze vedením zařízení či zřizovatelem, bez spolupráce s ostatním personálem. Není přístupná všem pracovníkům zařízení“ (Johnová. 2002, s. 9)

5 STANDARDY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Standardy kvality sociálních služeb byly sestaveny skupinou odborníků v rámci věcného návrhu zákona o sociálních službách s cílem zavést jednotnou normu provozování sociálních služeb v ČR.

„Kvalitu sociálních služeb je možné garantovat tím, že bude prověřena podle – nejlépe měřitelných – parametrů.“ (Matoušek, 2007, s.125) Hlavním výstupem byla kromě definice samotných standardů příručka „Průvodce poskytovatele“ vydaná MPSV 2002, která je dodnes jedním z hlavních metodických materiálů pro realizaci sociálních služeb v ČR. V roce 2006 byly standardy v lehce upravené verzi uzákoněny později novelizovaným zákonem č. 108/2006 Sb. doplněným vyhláškou č. 505, která obsahuje samotnou formulaci standardů a kritérií podle kterých lze rozpoznat jejich naplňování. Plnění standardů v konkrétních zařízeních prověřují určení inspektoři sociálních služeb.

5.1 Struktura a základní požadavky standardů

„Standardy kvality sociálních služeb doporučované MPSV od roku 2002 se staly právním předpisem závazným od 1.1.2007., Znění kritérií Standardů je obsahem přílohy č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.“ (Standardy kvality sociálních služeb. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 2013 [cit. 2013-03-25]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/cs/5963)

Standardy jsou definicí určité normy, kterou musí registrovaná sociální služba splňovat. V současné době jsou standardy členěny do patnácti dílčích standardů zaměřených vždy na určité téma. K těmto obecným definicím standardů jsou přičleněna kritéria podle kterých je posuzováno zda daná organizace standardy splňuje či nikoli. Některá kriteria, především ta která se přímo týkají dodržování práv uživatelů sociální služby jsou brána jako zásadní a každý poskytovatel je musí splňovat. Některá nejsou jsou brána jako zásadní a jejich neplnění není důvodem odebrat registraci poskytovateli, který je nesplňuje. Obecně se dá říci, že standardy na každou z činností požadují popsanou metodiku, kterou by měl poskytovatel dodržovat.

Standardy lze dělit na procedurální, personální a provozní. Popišme si ve zkratce co standardy po poskytovatelích sociálních služeb vyžadují.

Procedurální standardy

Standard č.1 Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb

Poskytovatel musí službu poskytovat s určitým vymezeným cílem, vymezenou cílovou skupinou, musí mít určena pravidla poskytování služby a musí při poskytování služby respektovat právo uživatele na vlastní rozhodnutí, jak chce řešit svou nepříznivou sociální situaci.

Standard č.2. Ochrana práv osob

Poskytovatel musí mít vypracovaná různá vnitřní pravidla pro předcházení porušování práv uživatelů.

Standard č 3. Jednání se zájemcem o sociální službu

Poskytovatel musí mít zpracovaná pravidla pro jednání se zájemcem o službu. V neposlední řadě musí s uživatelem projednat jeho osobní přání a cíle.

Standard č 4. Smlouva o poskytování sociální služby

Poskytovatel musí mít s klientem uzavřenou smlouvu, kterou s ním musí s ohledem na jeho osobní cíle srozumitelně projednat

Standard č 5. Individuální plánování průběhu sociální služby

Poskytovatel by měl službu s každým klientem průběžně individuálně plánovat a vést o tom psanou dokumentaci.

Standard č 6. Dokumentace o poskytování sociální služby

Tento standard by měl zabraňovat možnému zneužití dokumentace klientů.

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

Klienti i pracovníci musí mít možnost podat stížnost.podle určitých pravidel.

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

Poskytovatel musí klientovi umožnit využívat běžné služby v okolí a nesmí je nahrazovat. Měl by v jejich využívání klienty podporovat.

Personální standardy

Standard č 9. Personální a organizační zajištění sociální služby

Poskytovatel musí mít pevně stanovenou strukturu pracovního týmu, složeného z lidí splňujících předpoklady k výkonu profese podle zákona o sociálních službách. Měl by mít stanovena pravidla pro přijímání nových zaměstnanců.

Standard č 10. Profesní rozvoj zaměstnanců

Poskytovatel by měl mít zpracována pravidla pro hodnocení, vzdělávání,výměnu informací, finančního a morálního oceňování hodnocení. Poskytovatel by měl pro zaměstnance najmout supervizora.

Provozní standardy

Standard č 11. Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby

Poskytovatel by měl určovat místo a dobu poskytování sociální služby podle potřeb uživatelů.

Standard č 12. Informovanost o poskytované sociální službě

Poskytovatel by měl o službě informovat tak, aby jeho potenciální klienti informacím rozuměli.

Standard č 13. Prostředí a podmínky

Podmínky by měly být přizpůsobeny uživatelům služby.

Standard č 14. Nouzové a havarijní situace

Poskytovatel by měl mít vypracovaná pravidla pro řešení nouzových situací, všechny zúčastněné s nimi seznámit a vést o těchto situacích psanou dokumentaci.

Standard č 15. Zvyšování kvality sociální služby

Poskytovatel by měl mít vypracovaná pravidla pro hodnocení způsobu poskytování služby, spokojenosti klientů. Dále by do procesu hodnocení měli

být zapojeni zaměstnanci a další zúčastněné osoby a měl by využívat stížností, ke zvyšování kvality.

5.2 Standardy a změna pojetí poskytovaných služeb

Cílem standardů je nejen sloužit jako nástroj měřitelné kontroly sociálních služeb, ale hlavně nastavení požadavků na kvalitu sociálních služeb zcela jiným způsobem, než bylo normální v dobách před rokem 1989 a jsou jedním z hlavních metodických nástrojů transformace sociálních služeb v ČR.

*„V **současném pojetí** sociálních služeb v České republice je kladen důraz na poskytování takových sociálních služeb, které dbají na dodržování lidských práv osob při individuálním poskytování služeb, respektují svobodnou vůli osob a zajišťují jejich důstojný život a v neposlední řadě směřují k sociálnímu začleňování klientů.“* (*Sborník pro poskytovatele*, 2007, s. 5)

Dá se říci, že standardy jsou normou i návodem, jak tento ideál realizovat v praxi. Standardy jsou de facto návodem jak vytvořit organizaci založenou na dodržování pravidel, která respektují lidskou důstojnost a práva a také návodem, jak v některých ohledech konkrétně spolupracovat s klienty organizace.

Akcentace lidských práv a respektování svobodné vůle klienta, individuální plánování služby a další požadavky obsažené ve standardech jsou něčím zcela odlišným oproti nastavení sociálních služeb v minulosti.

„Uživatel je v rámci moderních sociálních služeb respektován především jako občan a jako dospělá osoba.“ (*Sborník pro poskytovatele*, 2007 s. 27)

Klient zde tedy nemůže být objektem péče, ale je svobodným a rovnoprávným subjektem, partnerem poskytovatele. Z toho vyplývá, že při poskytování služby podle standardů je zcela jinak rozdělena odpovědnost. Zatímco dříve mělo zařízení sociálních služeb téměř úplnou odpovědnost za klienta ve všech ohledech jeho existence, dnes má odpovědnost pouze za poskytování služby v rozsahu rámce pomyslného pole společné práce s klientem a konečnou odpovědnost za důsledky svého chování má klient.

Velmi důležitým prvkem je individuální plánování služby. Dříve se od uživatele předpokládalo, že se službě přizpůsobí. Při práci podle standardů se naopak v rámci svého cíle služba přizpůsobuje klientovi a v případě, že klientovi i tak nevyhovuje, má klient právo službu opustit a najít si jinou.

Rovněž další prvky standardů, jako například uzavírání smlouvy a jednání se zájemcem o službu je nutno brát jako návod jak s klientem pracovat a ne pouze formální povinnost kterou lze „napasovat“ na již hotovou službu, ve které nehodláme nic významnějšího změnit

5.3 Problémy při realizaci standardů

5.3.1 Vnitřní rozpory instituce standardů

Sama instituce standardů obsahuje určitý rozpor. Standardy vytyčují určitý ideál (dobré praxe) a tím oproti minulosti odlišné a svou náročností vysoké požadavky na styl práce. Zároveň začaly standardy platit jako norma, která by měla být objektivně měřitelná ve všech stávajících zařízeních sociálních služeb.

Stále je však mnoho zařízení, která jsou personálně a organizačně založena způsobem, který práci podle standardů příliš neumožňuje. Standardy byly sestaveny jako určitý ideál inspirovaný skutečně dobře fungujícími službami, na který byla zároveň „napasována“ opatření snažící se eliminovat nejhorší funkce některých stávajících sociálních služeb v ČR.

Některé požadavky, jako například požadavek druhého standardu na písemné zpracování možných střetů zájmů mezi pracovníky a klienty dávají dobrý smysl v zařízení, kde se podobné věci dějí a práva klientů jsou známými způsoby porušována. Naopak v zařízení které je postaveno na partnerském a respektujícím přístupu ke klientům a práva klientů jsou z principu respektována, by takový dokument sice obsahoval nekonečné množství variant, kterými lze práva klienta porušit, ale jeho tvorba dává daleko menší smysl.

Samozřejmě lze namítnout, že jako styl uvažování o problému je takové písemné zpracování vhodné vždy. Takový argument však koliduje

s finančními možnostmi většiny poskytovatelů. Pracovníci většinou nemají čas věnovat se rozsáhlým teoretickým úvahám o tématech, která nejsou akutním problémem.

„Veličiny“ měřené standardy jsou navíc mnohdy velmi subjektivně vnímatelné. Představme si modelovou situaci: Někomu se může zdát nedůstojné, aby ležící klient v zájmu předcházení potřísnění oblečení jídlem jedl s velikým prostěradlem v roli ubrousku. Někomu se může zdát nedůstojné, aby byl klient při výměně potřísněného oblečení za čisté několikrát za den svlečen do naha. A klientovi přitom možná připadá nedůstojné, aby vůbec někdo řešil čistotu jeho oblečení a špína mu vůbec nevadí. Tuto informaci se ale možná jednoznačně nedozvíme, protože klient má potíže s komunikací. Podle čeho lze v takové situaci objektivně měřit míru zachování důstojnosti klienta?

Mnoho protikladů můžeme najít i v samotné metodice inspekcí sociálních služeb. Při inspekci je například žádoucí, aby pokoje klientů jevily známky přirozeného působení klientů a zároveň, aby zařízení nebylo cítit desinfekcí. V Chráněném bydlení pro mentálně postižené muže si můžeme být při zachovávání práva uživatelů upravit svůj pokoj k obrazu svému téměř jisti, že pokoj bude vykazovat mnohdy až bizarní projevy individuality svého obyvatele. Pokud z pokoje ucítíme desinfekci, budeme ji vnímat jako libý signál, že naši klienti přece jen aspoň někdy uklízejí.

Pokud bude pach desinfekce neustále přítomným vjemem v chodbě nemocničního typu domova seniorů, bude pro nás vjemem signalizujícím nemoc a beznaděj…

5.3.1 Vytváření dokumentace jako cíl a ne prostředek

V důsledku nutnosti umožnit snadnou kontrolovatelnost požadují standardy písemnou dokumentaci mnoha činností, které sociální služba vykonává.

Množství dokumentů požadovaných standardy sociálních služeb je vysoké a je otázkou, zda spíše pomohou provádět „dobrou praxi“ nebo spíše poslouží jen jako usnadnění práce hodnotitelů.

„Zajímavé zjištění se týká zpracovávání psaných materiálů, pravidel, metodik jako součásti procesu zavádění kvality. Případové studie a panel expertů potvrdily, že tyto písemné dokumenty dodávají pracovníkům sebedůvěru a pomáhají jim při zaškolování nových zaměstnanců. Na druhou stranu nejčastěji zmiňovanou překážkou zavádění kvality je administrativní náročnost systémů kvality (57 % respondentů). Právě potřeba zpracovávání psaných materiálů je poskytovateli často kritizována". (Mátl, str. 24)

Navíc je otázka, co si kdo pod pojmem plnění standardů představuje. *„Jakýkoliv nástroj je možné aplikovat dobře i špatně. Rizikem je formalismus.Otázkou je, do jaké míry jsou/budou tato měřítka srozumitelná pro pracovníky, pro uživatele a další zainteresované subjekty*".(Mátl, str. 75*)*

Požadavky na vytváření velkého množství dokumentů, které bývají při inspekcích často rozhodující, zaskočil zařízení, která se v roce 2007 se standardy setkala poprvé i mnohá zařízení, která již v duchu standardů pracovala.

Celkový koncept financování nijak nereagoval na skutečnost, že na vytváření takového množství dokumentů je potřeba čas pracovníků. To v konečném důsledku vede ke snaze aspoň nějak splnit co se dá, aniž by se nějak zásadně měnil styl práce. Je to snaha o vytvoření dokumentů pro případ kontroly aniž by sloužily jako každodenní pracovní pomůcka.

Často se setkáváme se situací, kdy je vytváření základních dokumentů zařízení záležitostí úzké elitní skupiny a mnoho dokumentů jako například smlouvy nebo individuální plány je spíše sepsáno, než by byly záznamem skutečných dohod s klienty.

Objevuje se také snaha definovat konkrétní požadavky standardů pro jednotlivé typy služeb zvlášť. To zajisté prospívá orientaci jednotlivých typů zařízení na to, co konkrétně by mělo být splněno a kontrolovatelnosti standardů. Je však otázka, zda se takovéto standardy neodchylují od směru určeného standardy v původním pojetí a zda nebude přijato za normu, že se například právo na svobodné rozhodnutí, jak řešit svou nepříznivou sociální situaci bude aplikovat jinak v chráněném bydlení pro lidi s mentálním

postižením a jinak v domově pro seniory. Přitom se jedná v obou případech o jednotlivé uživatele, kterým náleží stejná práva.

Zásadní otázkou je, zda bude prioritou poskytování služby klientovi nebo vytvoření požadovaného dokumentu. „*Rizikem je, aby koncentrace na popis procesů nenahradila úsilí o dobrou praxi v zařízeních. V podfinancovaném systému a s nedostatkem personálu zavádění systému kvality vyvolává tlak na další zdroje.*“ (Mátl str. 75)

5. 3.2 Střety zájmů v zařízení sociálních služeb

K prvnímu střetu dochází na samotné úrovni základních cílů organizace. Prezentovaným manifestním cílem zařízení je poskytovat služby klientům dle zákona o sociálních službách. Přesto však zařízení reálně plní i latentní společenskou zakázku s co nejnižšími náklady zajistit péči o co nejvíce klientů. Financování sociálních služeb z účelových grantů mnohdy nereaguje na nutnost změn. To často vede k tomu, že samotné Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) politikou financování de facto tlačí poskytovatele služeb ke kompromisům.

Další střety mohou nastávat ve vtahu pracovníků a klientů zařízení. *„Poskytovatelé sociálních služeb jsou zřízení za účelem poskytování sociálních služeb uživatelům, nikoliv vlastním zaměstnancům!“* (Johnová str. 25).

Mnohdy se, jak naznačuje „Průvodce poskytovatele“ lze setkat se situací, kdy latentní cíle zajistit živobytí zaměstnanců zařízení sociálních služeb převažují nad oficiálním manifestním cílem a zařízení tak slouží spíše potřebám svých zaměstnanců než klientů. To se může dít a často také děje na všech úrovních v organizaci.

Můžeme se setkat se stavem, kdy pracovníci v přímé péči například okrádají své klienty o jídlo či přizpůsobují řád zařízení svému pohodlí na úkor poskytování služeb klientům. Častá je však i situace, kdy latentní cíle převládají v postojích samotného vedení organizace. Vše se zaměřuje jen na „udržení podnikání“ a vykazování činností, které jsou sledovány veřejností (např. rodinami klientů). Činnosti, které na první pohled vidět nejsou, jsou vedoucími pracovníky opomíjeny až zatajovány.

Nebezpečná je situace, kdy rozdělení odpovědnosti v zařízení v mnoha případech neumožňuje respektovat klientovu svobodnou volbu. Myšlení lidí nelze změnit tak snadno jako legislativu. V mnoha zařízeních se setkáváme se situací, kde je na jednu stanu zdůrazňována potřeba respektovat klientovu svobodnou vůli, ale zároveň je klient stále brán jako objekt péče, za který nesou zaměstnanci odpovědnost. Zaměstnanec se v takovém případě dostává do neřešitelného střetu rolí, kdy by měl být zároveň ochráncem klienta a zároveň partnerem respektujícím jeho vůli, která nemusí vždy konvenovat s jeho bezpečností. V momentě kdy dojde k tomu, že si klient přeje něco, co je pro něj potenciálně nebezpečné, se pracovník (zcela v souladu se svými pracovními instrukcemi) snaží klientovi v nebezpečném chování zabránit.

Do značné míry lze těmto situacím předcházet kvalitním rizikovým managementem a nabídkou pro klienta přijatelné, ale přiměřeně bezpečné varianty. To však podle povahy situace a uspořádání v zařízení nejde vždy. Pokud již dojde k situaci, kdy si klient přeje něco skutečně nebezpečného, nelze než vybrat mezi respektem k jeho vůli a snahou klienta ochránit. Sborník pro poskytovatele uvádí:

„V případě, že klient o rizikovou činnost stojí, je třeba stanovit „plán" asistence při rizikové činnosti. Teprve když se ukáže, že schopnosti klienta již definitivně na danou činnost nestačí, je možné ji z bezpečnostních důvodů nepodporovat." (Sborník pro poskytovatele 2007, str.32).

Zde je jasně uvedeno nepodporovat a nikoli zabránit klientovi v činnosti. Přesto však veřejnost, příbuzní klienta, poskytovatel služeb a v konečném důsledku mnohdy i sám klient od pracovníka očekávají, že nebezpečné činnosti spíše zabrání, než že by nechal věcem volný průběh.

Často se také setkáváme se situací, kdy je některý z klientů nějakým způsobem preferovaný před ostatními klienty. Děje se tak buď vazbou klienta na vedení organizace (například rodič ve správní radě atp.) anebo je třeba klient „jen" schopnější v prosazování svých zájmů než ostatní klienti. V konečném důsledku to vede k nerovnému přístupu v poskytování služby jednotlivým klientům a v neposlední řadě též ohrožuje věrohodnost platnosti pravidel v zařízení.

5.3.3 Styl práce znemožňuje poskytovat služby podle standardů

Naprosto zásadním faktorem mnohdy znemožňujícím praktické naplňování standardů sociálních služeb je konkrétní uspořádání v daném zařízení. Je těžké si představit naplňování standardů v zařízení, kde je striktně stanovený denní režim, vše je zaměřeno jen na hygienu, stravování a zdravotnické úkony. Personál je plně vytížen a není v jeho možnostech věnovat klientovi čas mimo přesně stanovenou dobu jednotlivých úkonů.

Pokud se takovéto zařízení snaží standardy naplňovat bez toho, aby provedlo zásadní strukturální změny, standardy ve svém významu pozbývají smysl a jejich realizace se tává spíše smutnou fraškou než činností směřující ke zkvalitnění služeb.

O individuálním plánování průběhu služby nemůže být řeč a stává se z něj pouhá formalita. Takový stav navíc demotivuje zaměstnance, pro které je potom realizace standardů nepochopitelnou a zbytečnou formalitou. Tento stav je známý a popsaný, přesto se s ním dodnes v některých službách můžeme hojně setkávat.

5.3.4 Pravidla v zařízení sociálních služeb

Řada kritérií standardů klade důraz na vypracování účinných vnitřních pravidel pro činnost zařízení sociálních služeb. Jejich formální i obsahová správnost je jedním z předpokladů poskytování kvalitních služeb, které respektují práva uživatelů služby, jsou poskytovány pracovníky, kteří mají jasnou představu o tom, co se od nich očekává a jak mají postupovat v nejrůznějších situacích. (Johnová, 2002, s.18)

Vnitřní pravidla zařízení mají význam nejen jako norma pro práci pracovníků, ale především jako vymezení pravidel pro interakci pracovníků s klienty zařízení. *Poskytovatel zajišťuje práva uživatelů i práva pracovníků, neznamená to však, že při poskytování služby mohou být porušována práva pracovníků zvýhodňováním práv uživatelů* (Krutilová, 2010, s. 92).

Odborná literatura často akcentuje především pravidla pro práci pracovníků. V zařízení sociálních služeb jsou však velmi důležitá i pravidla pro

interakci mezi klienty navzájem, stejně jako pravidla mezi klienty a pracovníky. Navíc mnoho pracovních předpisů má přímý důsledek na každodenní život klientů. Proto je nutné, aby byli do tvorby pravidel kromě pracovníků v neposlední řadě zapojeni i klienti.

Každodenní provoz zařízení musí být nějak regulován. Musí být vymezeno pomyslné pole společné práce pracovníků a klientů a je při něm nutno předcházet nežádoucím jevům, jako je například agresivní chování zúčastněných atp. Regulace by měla být prováděna na základě definovaných pravidel.

Pokud pravidla definována nejsou nebo jsou definována pouze formálně, dochází k situaci, kdy jsou zúčastnění pracovníci i klienti nuceni prosazovat své oprávněné zájmy individuálními intervencemi. To může vést k tomu, že obsah těchto zájmů a forma intervencí nemusí být vždy v souladu s posláním služby a dodržováním práv zúčastněných. Pokud mají být pravidla funkční, musí být nejen definována, ale také adekvátně prosazována. Pokud je přehlíženo opakované porušování pravidel některým ze zúčastněných, pravidla ve skutečnosti nefungují a jsou potenciálně porušována práva ostatních zúčastněných.

Prakticky jediný nástroj, který může zařízení použít v případě porušování práv klientem, je ukončení smlouvy o poskytování služeb. V případě porušování pravidel pracovníkem jsou možnosti řešení širší, i když ukončení smlouvy bývá také často použito. V praxi se často můžeme setkat s tím, že některý z klientů či pracovníků pravidla porušuje, ale je mu to tolerováno. Důvody jsou formulovány často ve stylu „A kam by jinam šel, nemůžeme ho vyhodit.“ atp. Je sice jisté, že ukončení smlouvy (o poskytování služeb, pracovní smlouvy) může být pro dotyčného značným sociálním problémem. Je to však jediná cesta, jak potenciálně do budoucna stav zlepšit. Ať již klient nebo pracovník, určitě si dříve nebo později najdou nějaké jiné působiště a tam se budou chovat na základě zkušeností získaných v předchozím působišti. Nejde jen o to uchránit zbytek zařízení působení jedince porušujícího pravidla, ale potenciálně i o cennou lekci pro „viníka“. V některých případech pro klienta porušujícího předpisy skutečně není

dostupné vhodné alternativní zařízení. Tím, že budeme klienta uměle udržovat v zařízení ve kterém nedokáže adekvátně fungovat, sice „řešíme“ jeho aktuální potřebu, ale v konečném důsledku to způsobuje stav, kdy vhodná zařízení sice nejsou dostupná, ale není ani vytvářen tlak na jejich zřízení „vždyť o jejich potenciální klienty je přece postaráno“.

5.3.5 Identifikace zúčastněných s novými pravidly

Aby pravidla fungovala musí být nejen prosazována, ale především musí vycházet z reálných potřeb klientů a samozřejmě i pracovníků. Jen tak je šance, aby tyto pravidla byla nejen formálně dodržována, ale aby je zúčastnění přijali za své. Brožová v souvislosti se zaváděním standardů uvádí. *Zavádění nových předpisů v organizacích do praxe má ve skutečnosti mnohdy odlišné důsledky pro personál organizace oproti očekáváním a optimistickým představám managementu. Řídící pracovníci si obvykle přejí takový ideální stav, kdy zaměstnanci nejen uvítají nové vnitřní předpisy, které jsou ku prospěchu fungování organizace, ale také mají jasnou představu o tom, že se těmito novými předpisy budou bezpodmínečně řídit a přijmou je za integrální součást své pracovní činnosti. Avšak nebývá pravidlem, že je tohoto stavu dosaženo, obvykle na cestě k tomuto cíli stojí mnohé překážky.* (Brožová, 2008, s. 29). Příčinou tohoto stavu je často právě to, že předpisy neodpovídají běžné životní realitě v zařízení a navíc mnohdy neodpovídají stávajícím profesním postojům zaměstnanců či zvykům klientů. Nová pravidla často zúčastněným nejen mění obsah povinností, ale také zvyšují objem povinností. I to je důvodem proč, pokud má být nový předpis zaměstnanci či klienty organizace přijat, musí být přesvědčivě vysvětleny jeho výhody. Pro změnu předpisů a tím fungování služby jako takové je nutno, aby se v první řadě vedoucí pracovníci nejen formálně ale i osobně ztotožnili s novým stylem práce. Poté je možno začít pracovat na změně postojů řadového personálu i klientů. Tato změna vzhledem k tomu, že se jedná o změnu postojů, nemůže být prostě nařízena, ale je potřebná citlivá praktická i teoretická osvěta, vysvětlení přínosu změn. Mátl uvádí:.

Dotazníkové šetření ukázalo, že zavádění kvality nejvíce podporují „měkká“ opatření, jako jsou investice do vzdělávání personálu (86 %

respondentů), výměna zkušeností s poskytovateli podobných služeb (80 % respondentů), společná týmová práce (74 % respondentů) a psané metodiky (66% respondentů). (Mátl, 2007, s. 22)

V některých případech ale rovněž asi nezbude než částečně obměnit v týmu jedince, kteří nechtějí nebo z nějakého důvodu nejsou schopni přijmout nový přístup. Všechny změny, a to především změny v přímé práci s klienty by měly být s klienty i pracovníky konzultovány, či ještě lépe předloženy k vypracování samotným pracovníkům, případně klientům a poté diskutovány v širokém týmu, tak aby měl každý ze zúčastněných podíl na jejich vytvoření. Tak je možno pomoci zajistit, aby zúčastnění přijímali pravidla za svá a ztotožnili se s nimi.

Rovněž to brání vytváření předpisů, které sice na papíře vypadají dobře, ale ve skutečnosti nefungují. Takové předpisy jen bez užitku brzdí pracovní proces či snad dokonce s tímto procesem kolidují, někdy jsou v daných podmínkách prostě absurdní. Nesmyslné předpisy se nejenom přímo míjí účinkem, ale především snižují důvěru zúčastněných k vedení a pravidlům jako takovým.

6. DOMOVY SENIORŮ

Specifickým poskytovatelem sociálních služeb jsou domovy seniorů. Přestože vlastně nepatří mezi poskytovatele služeb pro mentálně postižené klienty, často se v nich setkáváme s klienty různého stupně postižení demencí. Na odděleních se "zvýšenou péčí" je zastoupení klientů s různými formami demence často zřetelně nadpoloviční. Právě na těchto odděleních se nejčastěji můžeme setkat s porušováním různých práv klientů. Zpráva ombudsmana z návštěvy zařízení pro seniory mluví o špatném zacházení.

"- špatné zacházení má podobu nejen porušování základních lidských práv, jako je například právo na osobní svobodu, či soukromí, ale také podobu nekvalitně poskytovaných sociálních služeb ve spojení s nedostatečným respektováním soukromí, porušení práva na sociální autonomii,

nerespektováním práva na spolurozhodování o vlastním životě a zneužíváním závislosti na službě a jejím prohlubování" (Krutilová, 2010, s. 99).

Přestože práce s klienty s demencí má oproti práci s lidmi s vrozeným mentálním postižením svá specifika, z hlediska realizace podmínek pro umožnění respektu k právům klientů, jsou charakter práce a případné překážky velmi podobné.

V domovech seniorů je v současné době velmi specifická situace především proto, že až se zákonem 108/2006 Sb. se zde objevil tlak na dodržování práv klientů dle standardů sociálních služeb. V těchto zařízeních je zpravidla praktikován direktivní způsob vedení, často se zřetelnými autokratickými prvky a celková organizace práce má výrazně medicínský charakter. Pracovníci v přímé péči o klienty zpravidla povinně nosí na pracovišti zdravotnické oblečení, vše vypadá podobně jako v nemocnici. Navíc jsou tyto domovy většinou velké (není výjimkou přes 200 klientů v jednom domově). To nahrává silně zbyrokratizovanému způsobu řízení a způsobuje velkou setrvačnost ve fungování celého systému. Vše funguje podobně jako v továrna. Pro tato zařízení je typická vysoká míra dělby práce, stejně jako v tradičním pojetí výrobního procesu. To ale v konečném důsledku znamená, že přímé péči o klienty se věnuje jen určitá část pracovníků, kteří jsou vlivem jednotvárné práce náchylnější k syndromu vyhoření.

Na odděleních „zvýšené péče" v domovech seniorů je ve zvyku přistupovat ke klientům paternalisticky a automaticky se předpokládá, že se klienti „podrobí léčbě". V zásadě se organizace těchto domovů v mnoha ohledech překrývá s Goffmanovým konceptem totální instituce (Keller, 1996).

6.1 Reálná situace na odděleních zvýšené péče domovů seniorů

Na odděleních „zvýšené péče“ bývá striktně stanovený denní režim, vše je zaměřeno jen na hygienu, stravování a zdravotnické úkony. O individuálním plánování průběhu služby nemůže být řeč a stává se z něj pouhá formalita. Personál je plně vytížen a není v jeho možnostech věnovat klientovi čas mimo přesně stanovenou dobu jednotlivých úkonů. Klienti jsou de facto povinni se úkonů zúčastnit, protože není možnost poskytnout jim danou službu v jiném čase.

Typická je „ochrana“ hůře pohyblivých klientů zavřením postranic u postele. Ať již se vedou a nebo nevedou záznamy o použití restriktivních opatření, realita bývá vždy stejná – klient je prostě z „posvěceného či neposvěceného“ rozhodnutí některého pracovníka zavřen do postele a nikdo s ním o situaci nediskutuje.

Pracovníci jsou permanentně přetížení a mnohdy není jednoduché v takovém zařízení najít aspoň nějakého pracovníka, který by nebyl ve vysokém stupni syndromu vyhoření. Celá organizace, její řadoví pracovníci i vedení často postrádá znalost jiného způsobu poskytování služeb než který aktuálně aplikují. Většina pracovníků, v minulosti nikdy nepoznala jiný než medicínský model fungování služby a tento model je i jejich vnitřním modelem přístupu ke klientovi. Pracovníci v přímé péči nejsou většinou vedeni k tomu, aby s klienty pracovali individuálně a s respektem ale spíše k tomu, aby bezpodmínečně, bez přemýšlení a rychle plnili formálně stanovené pracovní úkony. K tomu nové zaměstnance často nevedou jen vedoucí ale i stávající kolektiv, který již má tento styl práce internalizovaný.

Navíc společenský status nezdravotnických pracovníků v přímé péči je ve většině těchto domovů velmi nízký. Na „Pracovníky v sociálních službách“, jak jsou otrockým přepisem zákonné formulace většinou označováni, je zpravidla podle medicínské hierarchie nahlíženo jako na pomocný personál. Přestože jsou základním stavebním kamenem služby, stojí na společenském žebříčku v organizaci v podstatě nejníže. To spolu s nízkou úrovní vzdělanosti u mnoha těchto pracovníků brání vytvoření určité pozitivního profesní identifikace a profesního sebevědomí.

V zařízení se mnohdy velmi pečlivě dbá na některé rutinní úkony, přestože se jejich provádění často míjí reálným účinkem. Jako příklad můžeme uvést rutinní vážení klientů. V některý případech je samozřejmě kontrola hmotnosti přínosná a žádoucí. Ve většině případů však takový přístup pouze bezúčelně zaměstnává pracovníky a nepřináší adekvátní efekt. Je zbytečné kontrolovat podváhu u klientů, kteří naopak evidentně trpí obezitou. U některých klientů je skutečně zjištěna nedostatečná výživa a podání speciální výživy se zdá být na místě. Pokud se však podíváme na běžný „jídelníček" ležících klientů, zjistíme že hlavní jídlo mnohdy představuje například jedna lžíce mletého masa a bramborová kaše z prášku či řídký puding oslazený umělým sladidlem. Kvalita stravy bývá v domovech seniorů obecně častým problémem.

„Z pohledu starých osob čerpajících služby se nejčastější kritika týká dovážených obědů, resp. úrovně stravování – kvalita jídla, množství a pestrost stravy, pozdní dodání oběda, studený pokrm" (Musil in Mátl, 2007, s. 38)

Důvodem bývá především systém velkokapacitního stravování v kombinaci s nepoctivostí jednotlivých zaměstnanců i samotného poskytovatele služeb. Jídlo, které si klienti zaplatili, zpravidla mizí ve třech stupních: Poskytovatel zpravidla vnímá kuchyň jako součást projektu, která by měla přinášet zisk, nebo rovnou stravovací provoz svěří externí firmě a tak má výsledný produkt zákonitě menší hodnotu než vložené prostředky. Další redukce se děje v kuchyni, kde je zpravidla rozkradena znatelná část kvalitnějších surovin. V mnoha zařízeních je navíc veřejným tajemstvím, že poslední redukci potravin „zajistí" samotní pracovníci v přímé péči o klienty. U posledního jevu se objevují snahy těmto jevům zabránit lepší kontrolou ze strany poskytovatele.To určitě není špatné, ale dokud se nepodaří přesvědčit zaměstnance, že okrádáním svých klientů kazí svou vlastní práci a de facto vlastně okrádají sami sebe, určitě nebudeme moci problém považovat za vyřešený.

Také se kromě zlevněných personálních obědů příliš nesetkáváme s „měkkými" opatřeními proti tomuto jevu. Mohla by to být například možnost

zaměstnanců začlenit se za přijatelnou cenu do celodenního stravování a samozřejmě snaha odměnit zaměstnance úměrně náročnosti práce.

Pokud je zařízení vedeno ve zdravotnickém stylu očekávali bychom vysokou úroveň zdravotní péče. Většinou je bohužel realitou, že ačkoli zařízení poskytuje typicky medicínský model péče, ani své medicínské funkce moc dobře neplní. Celková úroveň zdravotní péče je mnohdy znatelně horší než pokud by klient byl například v domácím ošetření.

Je to tím, že v takovémto zařízení vše záleží na funkčnosti zdravotnického systému zařízení. Stačí, aby jeden článek selhal (např. sestra nebo lékař nepovažovali klientův problém za podstatný) a klient se již prakticky nemá kam odvolat. V duchu zdravotnické hierarchie je obtížná revize rozhodnutí zdravotnických pracovníků. Například sestra nemá prakticky možnost změnit špatnou péči ústavního lékaře, například přesměrováním klienta k jinému lékaři.

Není nutno připomínat, že i zdravotnický personál je zpravidla vyhořelý a cílem většiny pracovníků je bez potíží zastat to nejnutnější a pokud možno si nepřidělávat práci navíc. Navíc se zdravotnická oblast sama zásobuje prací, tím, že v některých ohledech kvalita péče naprosto selhává. Nejčastěji řešeným zdravotním problémem jsou zpravidla proleženiny, které mnohdy vznikají v důsledku „připoutání klienta na lůžko“, nedostatečné či spíše absentující vhodné rehabilitační péči a mnohdy také nedostatečné hygieně u inkontinentních klientů.

Otázkou je i stav, kdy se zdravotničtí pracovníci často z velké části věnují především administrativě vykazování činností pro zdravotní pojišťovny. Prakticky provádějí vykazované činnosti z velké části pracovníci v sociálních službách nebo se neprovádějí vůbec, či v menší než vykazované kvalitě.

Ergoterapie v takovýchto zařízeních většinou moc neplní svou základní funkci naučit klienty kompenzovat své nedostatečné tělesné a duševní funkce a většinou se omezuje na pro veřejnost líbivé a mnohdy infantilizující „kroužky vyšívání“. Mnoho klientů není vybaveno adekvátním vozíkem a dalšími pomůckami.

Velkým problémem, který však určitým způsobem přesahuje problematiku poskytování sociálních služeb, je naprostá absence paliativního přístupu k umírajícím klientům. Klienti domova seniorů však zpravidla z domova odjíždějí v automobilu pohřební služby a je nesmysl aby se všechna péče, po celou dobu pobytu zaměřovala především na udržení klienta při životě. Bohužel na skutečnost, že se klientův život chylí ke konci mnohdy nedokáže zareagovat tom čase nejbližší partner tohoto člověka – zařízení sociálních služeb. Takový stav vede k tomu, že klienti často umírají ve stavu dinastázie - zadržené smrti. (Haškovcová, 2000).

V praxi to znamená, že klient umírá, ale pracovníci se snaží tuto skutečnost nereflektovat a stále ho napájejí speciálními nutričními nápoji a tváří se jako by nic. Klient ví, že umře a má strach, ale není nikdo komu by se mohl svěřit. Pracovníci většinou stížnosti odbudou bagatelizací stížnosti, rodina klienta většinou také příliš nepomůže.

Nikdo z pracovníků se většinou nestará o to, aby měl klient dostatek prostředků proti bolesti. Mnohdy můžeme i u registrovaných zdravotních sester sledovat povážlivé nedostatky ve znalosti účinnosti medikamentů proti bolesti. Co má klient na základě předchozích diagnóz předepsáno, to zpravidla užívá dokud neumře. Jako dodatek uvádím své zjištění na základě mnoha osobních rozhovorů s kolegy v domovech seniorů. Většina pracovníků, které jsem v domovech seniorů potkal jsou zastánci euthanazie. Raději by volili jistou a rychlou smrt než trápení, které přináší umírání v domově seniorů….

6.2 Zavádění standardů v domovech seniorů

Požadavky standardů v prostředí domova seniorů a pro něj typickému paradigmatu poskytování péče nedávají smysl, neboť se v podstatě nedají realizovat. Pokusy zavést standardy v takovémto prostředí většinou znamenají především tvorbu dokumentace a předpisů, které ovšem nepostihují skutečnou povahu reality v zařízení. Pro realizaci standardů v domově seniorů je například příznačné velmi pečlivé formální vypracování smluv o poskytování služeb. Senior podepisující smlouvu však v podstatě nemá jinou možnost než

smlouvu podepsat. Navíc s klientem o poskytnutí služby zpravidla jedná speciálně určený pracovník a klient se pak až po nastěhování dozvídá, kam vlastně jde a kdo konkrétně mu bude poskytovat službu. Můžeme se setkat s případy, kdy je v určitém směru kladen velký důraz na dílčí pracovní postupy, ale celkově je daná problematika nedořešená. Například: V době klientova pobytu v nemocnici důsledně zapečetěna skříň s jeho věcmi. Skříň je ovšem v době klientova pobytu v zařízení přístupná prakticky komukoli a ležící klient na ni stejně z postele nevidí a není pracovníky průběžně informován o jejím obsahu.

Rovněž možnost uschování cenností v trezoru zařízení často v podstatě znamená, že starý člověk už své cennosti nikdy neuvidí. Samozřejmě, teoreticky by si o své cennosti mohl říct, bez podpory personálu (který ho v takovém přání pravděpodobně nepodpoří) to však prakticky není možné.

Ve snaze aspoň nějak standardy zavést se často objevují konkrétní doporučení jako například *„- doporučuje se v zájmu klientů před vstupem do pokojů klepat a počkat na vyzvání ke vstupu“* (Krutilová 2010, str. 99). Takováto doporučení se často vedoucí domovů pro seniory snaží realizovat prostým příkazem personálu (viz příloha fotografie. 1*)*. Tato snaha se však bohužel míjí účinkem, neboť nejenže nejsou pracovníci celkově mentálně nastaveni na dodržování soukromí klientů, ale především dodržování tohoto soukromí neumožňuje vlastní prostředí zařízení. Jaký by mělo smysl například klepat při každém vstupu do pokoje, pokud má pracovník za úkol během cca hodiny vykoupat všechny klienty v pokoji. Při tom musí několikrát dveřmi projít a má zpravidla v rukou vozík či zvedák s klientem a nebo plné ruce materiálu na převlékání postelí. Pokoj se v takovém momentě mění v dílnu a o soukromí nemůže být řeč. Pro zaměstnance se potom realizace standardů stává nepochopitelnou a zbytečnou formalitou.

6.3 Úvaha

Je vůbec nějaká cesta jak situaci v těchto zařízeních změnit? V devadesátých letech se většina odborníků domnívala, že velké ústavy budou postupně zrušeny a nahrazeny menšími zařízeními, která budou už od začátku nastavena tak, aby tam šlo standardy naplňovat. Vzhledem k váhavému přístupu MPSV se tak však neděje a v nebližší době asi dít nebude.

Přestože velikost zařízení je pro jeho dobré sociální fungování sama o sobě riziková, i zde však lze nalézt cesty ke zlepšení, jak vidíme na příkladu některých ústavů sociální péče. Samotná velikost zařízení však přináší některé problémy, kterých jsou malá zařízení uchráněna. Nelze se například divit, že hygienici v zařízeních, které mají produkci infekčního odpadu v řádu stovek kilogramů denně, vyžadují aby pracovníci používali speciální pracovní oblečení atd..

Aby se systém práce změnil, je nutné v první řadě zvážit medicínské paradigma poskytování péče. Názory na danou věc se značně různí, podle zkušeností a změření jednotlivých odborníků. Mátl uvádí různé příklady pohledu na věc:

„Podle některých autorů je úloha ošetřovatelské péče primární (Dvořáková, 2004), jiní ji považují za nedílnou součást kvality sociálních služeb (Karaffová, 2004), další argumentují, že zdravotníci budou vždy bránit zdravotnický model, a úroveň potřeby zdravotní péče v sociálních službách je tudíž diskutabilní(Johnová, 2003). (Dvořáková, Kraffová, Johnová in Mátl, 2003, s. 22). *Nejčastější názorový proud je reprezentován zdůrazňováním významu komplexní sociálně zdravotní péče". (Tamtéž, str. 22)*

Ačkoli se záměr této práce identifikuje s názorem Johnové, lze v určitém směru souhlasit i s ostatními uvedenými názory. Pokud je člověk nemocný (což staří lidé v domově seniorů zpravidla bývají), je samozřejmé, že podpora musí zahrnovat i zdravotnickou péči. Otázkou ovšem je, jak bude tato péče realizována a kdo tuto realizaci povede. Péče pod taktovkou zdravotníků opomíjí sociální rozměr domova seniorů a svou kvalitou nás o své nezbytnosti také nepřesvědčuje. Duchu zákona o sociálních službách by spíše odpovídal model, kdy o péči za podpory svých asistentů rozhoduje sám klient.

Zdravotnické služby by mohly fungovat jako určitý samostatný modul (ať již náležející k zařízení, nebo zcela samostatný) – služba – stejně jako je tomu při běžném životě v domácnosti. Zdravotníci by neřídli všechny aspekty života svých klientů, ale byli přizváni až v momentě, kdy se klient dostane do stavu, který se vymyká možnostem běžné domácí péče. Samozřejmě je proto nutné aby běžní pracovníci v přímé péči, byli obeznámeni se základy zdravovědy i speciální péče a dokázali tento stav ve spolupráci s klientem identifikovat.

Zdravotníci by určitě namítali, že zdravotní péče je většina toho, co se s klienty dělá. V běžném životě v domácnosti je však běžné, že člověk většinu úkonů péče o svojí osobu včetně drobných zdravotnických úkonů, jako je například převaz drobné rány, či perorální aplikace předepsaných léků v rámci doporučení lékaře také dělá sám. V duchu zákona o sociálních službách by to v domově (byť domově s podporou profesionálů) mělo být stejné.

O nejasné hranici mezi zdravotnickými a nezdravotnickými úkony se ve Bouzek své diplomové práci cituje Vařekovou:

„Z důvodu propojení jednotlivých činností lze velmi těžko odlišit, zda se jedná ještě o odborný výkon či nikoliv. Oblasti, kde se tyto činnosti velmi úzce dotýkají, jsou zejména polohování klientů, zajištění dostatečného příjmu a výdeje tekutin a oblast vyprazdňování, která je pro imobilní klienty také velmi důležitá. (Vařeková, 2011. s. 77)“ (Vařeková in Bouzek, 2011, s. 43)

Z jedné strany souvisí uvedené činnosti nepochybně s uchováním zdraví. Na druhou stranu se jedná o činnosti, které v domácích podmínkách provádí každý sám či s pomocí svých nejbližších a mnohdy je otázkou, zda jejich neúměrná medicinalizace není spíše snahou o udržení sféry vlivu zdravotnických pracovníků, než snaha o udržení kvalitního poskytování služeb. Navíc v běžné praxi domova seniorů málokdy vidíme sestru polohovat nebo snad dokonce pomáhat klientovi s vyprazdňováním.

Dalším problémem je sociální uspořádání zařízení. Velký celek vyžaduje velkou míru byrokratizace řízení a znemožňuje formální potvrzení a nerušené fungování malých sociálních skupin, které daleko lépe umožňují

realizovat domov tak, aby byl opravdu domovem. Zde je nutné rozčlenění zařízení na menší, pokud možno, co nejvíce autonomní celky.

Otázkou je též složení pracovního týmu. V týmu velké organizace se necelá polovina zaměstnanců stará o provoz aniž by byli zapojeni do přímé práce s klienty. Jedná se o kuchaře, vrátné, uklízečky, pradleny a často též o sociální pracovníky, kteří jsou často natolik vytíženi administrativou, že mnohdy své klienty ani neznají jménem. Přestože by určitě bylo možné tyto poměry měnit, velikost zařízení zde staví určité limity.

Naposledy uvedený, ale nejdůležitější faktor nezbytný pro přeměnu ústavu v domov je, aby měli lidé ve vedoucích funkcích představu, jak by měla moderní sociální služba vypadat a byli schopni ve svých podřízených vzbudit nadšení pro sice těžké, ale plodné poskytování služeb s respektem k individualitě a právům klientů. Tak tomu bohužel zpravidla není a pokud zohledníme současný stav, kdy převládá askriptivní přidělování vrcholných vedoucích postů v těchto organizacích, asi pravděpodobně ani v nejbližší době nebude.

7. PRAKTICKÁ ČÁST – PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ

7.1 Cíle průzkumu

Průkumná část se zabývá konkrétními postoji zaměstnanců sociálních služeb a především jejich názorem na výskyt jevů, které mohou ovlivňovat konkrétní způsob poskytování služby podle standardů. Hlavním cílem průzkumu je zjistit zda se zaměstnanci v sociálních službách setkávají s některými specifickými jevy, které mohou ovlivňovat realizovatelnost služby podle standardů. Vedlejším cílem je zmapovat názory pracovníků na komunikaci v týmu a zapojení řadových do tvorby služby, práci podle standardů a názor na služby poskytované organizací ve které pracují.

Průzkum z praktických důvodů používá pro sběr dat metodu dotazníku. Metoda dotazníku je využívána spíše pro výzkumy kvantitativního charakteru, tento průzkum, ale klade si spíše explorativní cíle. Jako doplňující metodu při zhodnocení výsledků použijeme zúčastněné pozorování výzkumníka, který byl členem týmu ve dvou organizacích, ze kterých bylo získáno cca padesát procent vyplněných dotazníků. Potíží výzkumu v oblasti kvality sociálních služeb je obtížná definovatelnost a měřitelnost měřených „veličin“. Proto se hlavní cíl průzkumu soustřeďuje na jednoduché situace mezi klientem a pracovníkem. Nezjišťuje přímo, zda je služba kvalitní, či zda byly zvoleny správné postupy, zjišťuje zda se daná situace v některých případech podle subjektivního vnímání respondentů vyskytla, či nikoli. Nemůžeme však očekávat, že nás výsledky průzkumného šetření odpoví na otázku v jaké míře se ten nebo onen jev skutečně vyskytuje. Jedná se o pohled jednotlivých zaměstnanců, kteří odpovídali ze zorného úhlu svého pohledu na problematiku a konkrétních zkušeností s prací v sociálních službách. Může se tak stát, že bychom srovnávali například zkušenosti pracovníka, který nikdy nepracoval ve velkém zařízení sociálních služeb s dominujícím medicínským pojetím péče se zkušenostmi pracovníka, který naopak nikdy nepracoval v malém zařízení fungujícím v duchu sociálně pojaté podpory. Proto ordinální veličiny získané dotazníkovým šetřením nejsou u různých pracovníků plně srovnatelné. Nemůžeme tedy čekat validní výsledky kvantitativního charakteru. Získaná

data nám však mohou pomoci zjistit na které z problémů je vhodné zaměření při dalším zkoumání i při praktické činnosti v sociálních službách. Cílem průzkumu není přímo zjišťovat zda respondent či zařízení pracuje či nepracuje podle standardů, ale najít momenty, kdy může být práce podle standardů ohrožena.

7.2 Hlavní průzkumná hypotéza a okruhy otázek

Hlavní průzkumnou hypotézou je: ***Pracovníci se setkávají se situacemi, kdy v zařízení sociálních služeb nelze respektovat klientovu svobodnou vůli podle požadavků standardů.***

Tato hypotéza byla operacionalizována do konkrétních otázek. Pro navození dobrého soustředění u vyplňujících respondentů byly otázky doplněny explorativními otázkami zjišťujícími jejich názory na službu kterou poskytují, standardy a organizaci, ve které pracují.

Otázky číslo: 1 – 8 zjišťují profil respondenta a zařízení ve kterém pracuje a ke kterému vztahuje své odpovědi.

Otázky 9 a 10: zjišťují, jak respondent vnímá svůj podíl na vytváření celkové podoby služby ve které pracuje a komunikaci v týmu.

Otázky 11-13: zjišťují, zda systém práce v zřízení umožňuje pracovníkům respektovat vůli klientů. Případně také zda je možno v daném zařízení službu individuálně plánovat.

Otázky 14 a 15: zjišťují, zda mají pracovníci čas a materiální prostředky pro specifické pracovní postupy dle standardů

Otázky 16 a 17: zjišťují, zda na straně klienta dochází k absenci poptávky a nemožnosti poptávku zjistit

Otázky 18 - 19: zda se pracovníci setkávají se situací kde dochází ke střetu zájmů.

Otázky 20 - 22:zjišťují jak je rozdělena odpovědnost v zařízení

Otázky 23 - 24: zjišťují názor pracovníků na podporu potřeb klientů v zařízení

Otázky 25 - 27: zjišťují názor pracovníků na standardy a jich realizaci

Otázka 29: volitelně email k zaslání výsledků

Otázka 29: doplňující otevřená otázka.

7.3 Metodologie průzkumu

V přípravné fázi průzkumu byly formulovány okruhy zkoumaných témat a pracovních hypotéz, které byly operacionalizovány do konkrétních otázek. Otázky jsou zpravidla uzavřené ve dvou případech polotevřené. Možnosti odpovědí jsou v některých případech doplněny určitou kvalitativní možností vysvětlující jak byla otázka myšlena. To získaným datům na jednu stranu odebírá vlastnost čistě ordinální proměnné, ale na druhou stranu může zvýšit validitu odpovědi respondenta. Množství otázek bylo zvoleno s ohledem na pro respondenty přijatelnou délku vyplňování dotazníku a zároveň možnosti dostat respondenta „do stavu soustředění" na důležitou část otázek. Zároveň je určitá (ne příliš krátká) délka dotazníku důležitá proto aby respondenti vnímali výzkum jako důležitý. Příliš krátký dotazník respondenti zpravila chápu jako nedůležitý.

Výběr výzkumného vzorku byl proveden především s ohledem na dostatečnou šíři vzorku a praktické možnosti výzkumníka. Různými cestami byly osloveny čtyři organizace a vybraní jednotlivci zaměřující se na poskytování služeb lidem s mentálním postižením. Mezi dotázanými byli pracovníci domovů seniorů, denních stacionářů, chráněných bydlení a podobných služeb. Více než polovina respondentů byli zaměstnanci „oddělení se zvýšenou péčí" domovů pro seniory. Jediným kritériem vymezujícím zařazení do průzkumu bylo poskytování služeb lidem s nějakou formou mentálního postižení.

Za metodu sběru dat byl zvolen *dotazník*. Dotazník byl distribuován jako vytištěný na papíře a zároveň jako www formulář v prostředí www.oursurvey.biz na internetu. Důvodem byla možnost získat odpovědi od

pracovníků v zařízeních, kde pracovníci nejsou příliš zvyklí používat internet a zároveň požadavek jiných zařízení na elektronickou distribuci dotazníku. Tato metoda umožnila při přijatelných nákladech získat odpovědi od pracovníků více zařízení sociálních služeb (různého druhu) v dostatečném množství abychom mohli odpovědi aspoň v deskriptivním smyslu porovnávat. Papírové dotazníky byly distribuovány formou „kdo chce vyplnit ať vyplní a v obálce hodí do schránky“. Schránka (krabice od bot s průřezem pro vhození dopisu, zapečetěná samolepkou s podpisy) byla otevřena až po ukončení sběru dotazníků. Dotazník na internetu bylo možno vyplnit zcela anonymně, systém tazateli neposkytoval žádné informace IP adrese nebo dalších vlastnostech respondentova počítače. Aby se zabránilo náhodnému vyplňování lidmi, kteří nebyli osloveni žádostí o účast ve průzkumu, byl dotazník chráněn heslem. Odpověď na žádnou otázku nebyla povinná. Výhodou byla možnost získat odpovědi od pracovníků ze zařízení různého charakteru a možnost očekávat vyšší pravdivost při vyplňování odpovědí. Nevýhodou je naopak nemožnost kontrolovat přesné složení vzorku respondentů a návratnost dotazníků. Požadavek anonymity nám dále bohužel znemožňuje porovnávat výsledky jednotlivých konkrétních zařízení, ale zase dává šanci na nižší míru lživosti u odpovědí respondentů. Respondentům byla jako zpětná vazba přislíbeno zveřejnění výsledků průzkumu na internetových stránkách http://www.vyzkumsqss.euweb.cz/ a volitelně zaslání výsledků na respondentem zadanou emailovou adresu.

Byl proveden *pilotní průzkum* se třemi náhodně vybranými pracovníky v sociálních službách. Poznatky získané při pilotním průzkumu vedly k úpravě formulací některých otázek. Vypuštění otázek nerelevantních pro pracovníky, kteří pracují v sociálních službách méně než pět let a k přistoupení k opatřením zvyšujícím anonymitu respondentů.

Fáze sběru dat byla realizována od 15.1. do 31.1 2013. Bylo získáno celkem 55 vyplněných dotazníků. Z toho 41 dotazníků bylo vyplněno na papíře a 14 na internetu.

*Ve Fázi vyhodnocení sebraných dat b*yly papírové i internetové dotazníky přepsány, či převedeny do tabulky v tabulkovém procesoru excel

2000. Jednotlivým otázkám a odpovědím byl přidělen číselný kód umožňující další statistické zpracování. Byla zkontrolována úplnost a konzistence odpovědí a 8 dotazníků bylo vyřazeno z důvodu neúplného, a nebo nejednoznačného vyplnění. 1 dotazník byl vyřazen z důvodu duplicitního vyplnění. U dvou dotazníků byla poslední část vyplněna podezřelou sekvencí pozitivních odpovědí, vzhledem k tomu , že se nejednalo o odpovědi u otázek týkající se primárního cíle průzkumu, byly i tyto dotazníky zařazeny do průzkumu. U dotazníků zařazených do výzkumu byla za pomoci jednoduchého programu vlastní konstrukce, vytvořeného v prostředí Visual basic for applications - excelu 2000, spočteny četnosti jednotlivých odpovědí a data byla připravena pro *deskriptivní statistické zpracování***.**

7.4 Charakteristika výzkumné skupiny respondentů

Otázka číslo 1.

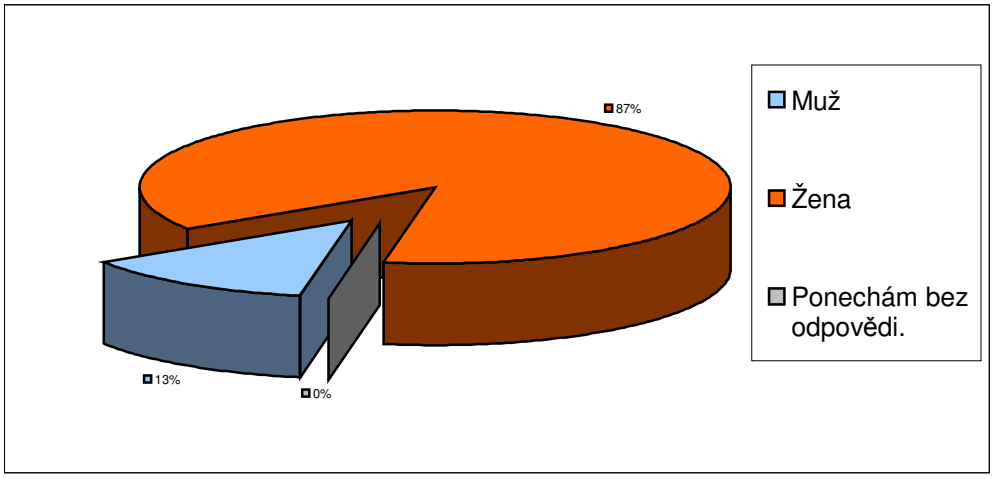
Pohlaví respondenta

Tab: 2 Zastoupení respondentů podle pohlaví

Otázka: Vaše pohlaví?		
Možné odpovědi	n	procenta
Muž	6	13,04
Žena	40	86,96
Ponechám bez odpovědi.	0	0,00
celkem	46	100,00

Zdroj: vlastní průzkum

Graf 1: Zastoupení respondentů dle pohlaví.



Zdroj: vlastní průzkum

Otázka číslo 2.

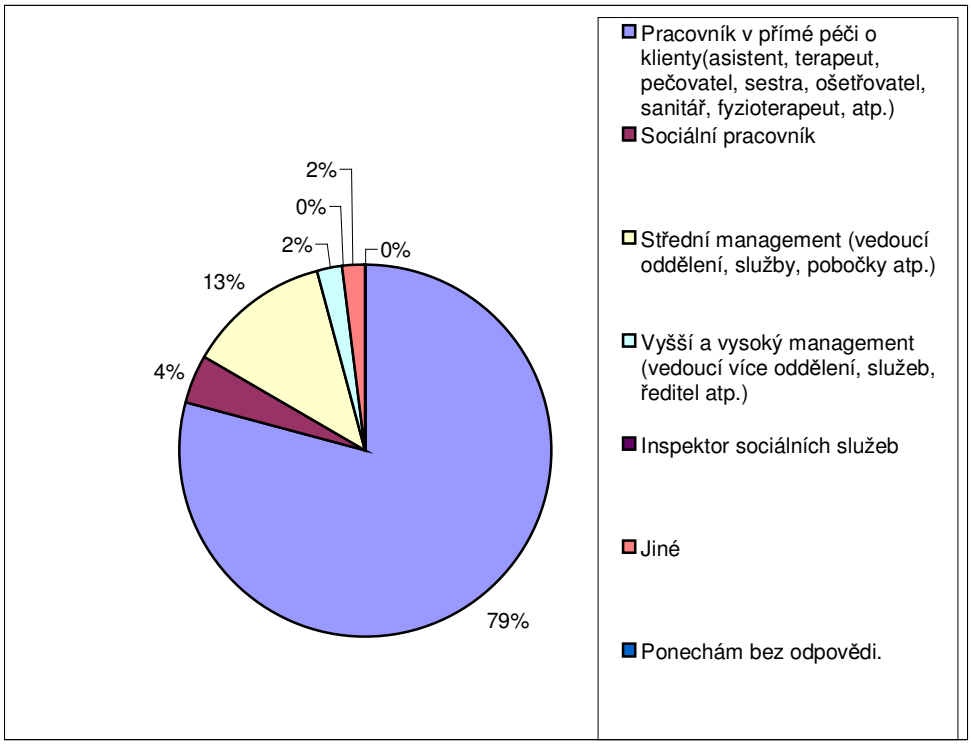
Zastoupení respondentů dle pracovního zařazení

Tab 3: Zastoupení respondentů dle pracovního zařazení

Otázka: Volí si klienti denní režim podle svého přání? Režim není dán jen řádem zařízení? (vstávání, jídlo, hygiena, vycházky, čas poskytování té nebo oné služby)		
Možné odpovědi	n	procenta
Pracovník v přímé péči o klienty(asistent, terapeut, pečovatel, sestra, ošetřovatel, sanitář, fyzioterapeut, atp.)	36	78,26
Sociální pracovník	2	4,35
Střední management (vedoucí oddělení, služby, pobočky atp.)	6	13,04
Vyšší a vysoký management (vedoucí více oddělení, služeb, ředitel atp.)	3	6,52
Inspektor sociálních služeb	0	0,00
Jiné	1	2,17
Ponechám bez odpovědi.	0	0,00

Zdroj: vlastní průzkum

Graf 2: Pracovní zařazení respondentů

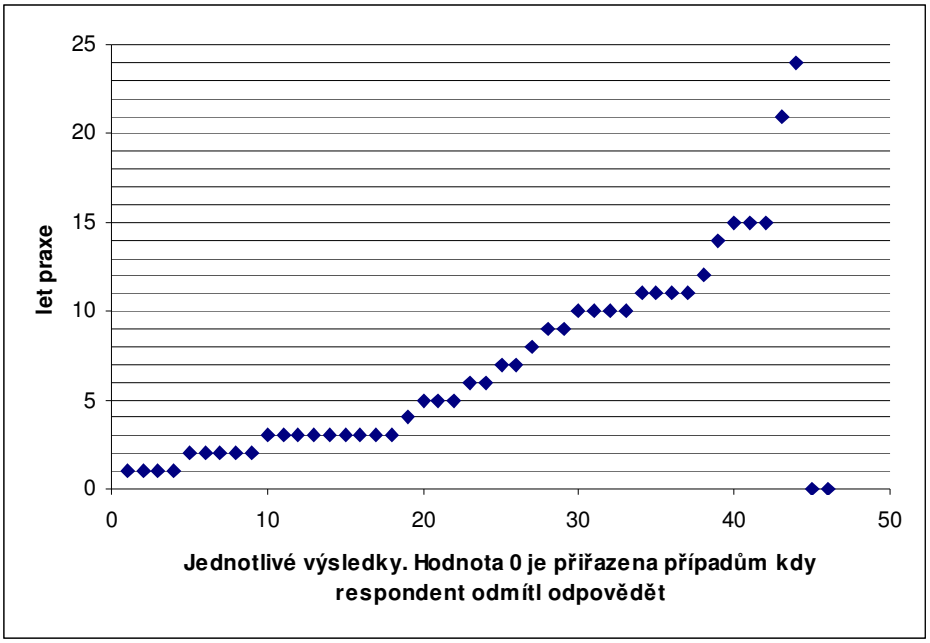


Zdroj: vlastní průzkum

Otázka číslo 3.

Zastoupení respondentů podle doby praxe

Graf 3: Zastoupení respondentů podle doby praxe



Zdroj: vlastní průzkum

Otázka číslo 4.

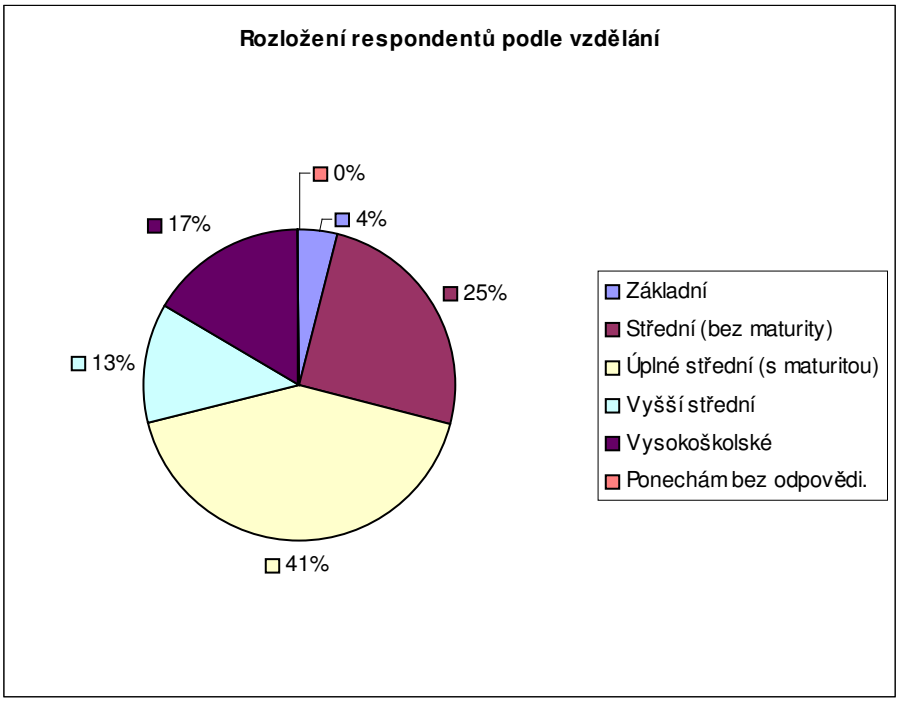
Zastoupení respondentů podle vzdělání

Tabulka 4: Vzdělání respondentů

Jaké máte vzdělání?		
Možné odpovědi	n	procenta
Základní	2	4,35
Střední (bez maturity)	12	26,09
Úplné střední (s maturitou)	20	43,48
Vyšší střední	6	13,04
Vysokoškolské	8	17,39
Ponechám bez odpovědi.	0	0,00
Celkem	46	100

Zdroj: vlastní průzkum

Graf 4: Vzdělání respondentů

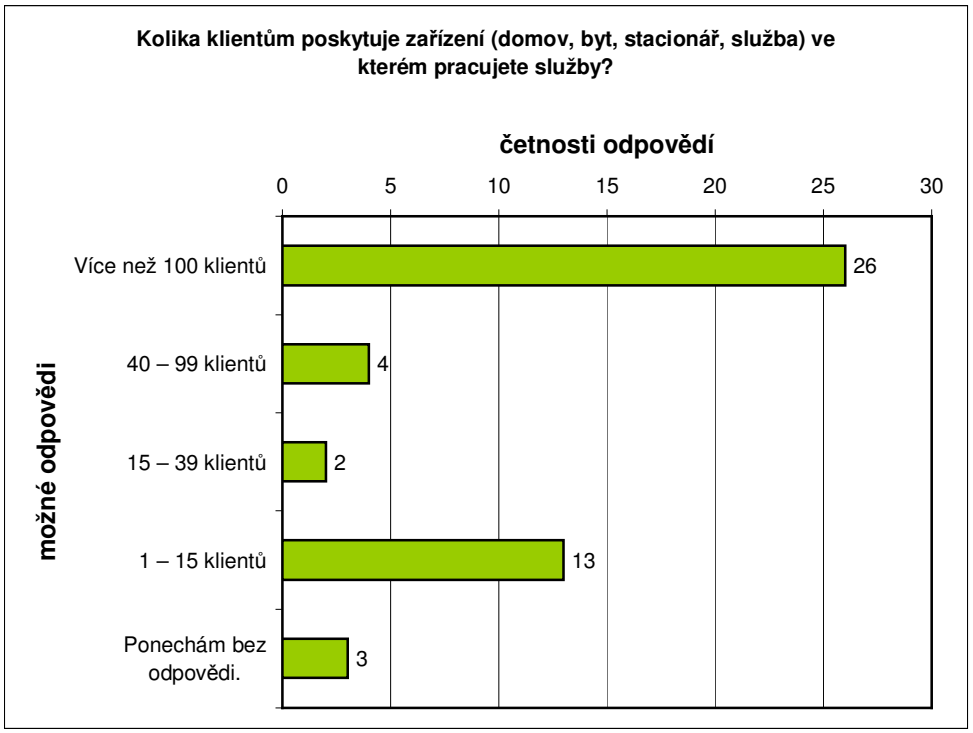


Zdroj: vlastní průzkum

Otázka číslo 5.

Zastoupení respondentů podle velikosti zařízení

Graf 5: Zastoupení respondentů podle velikosti zařízení

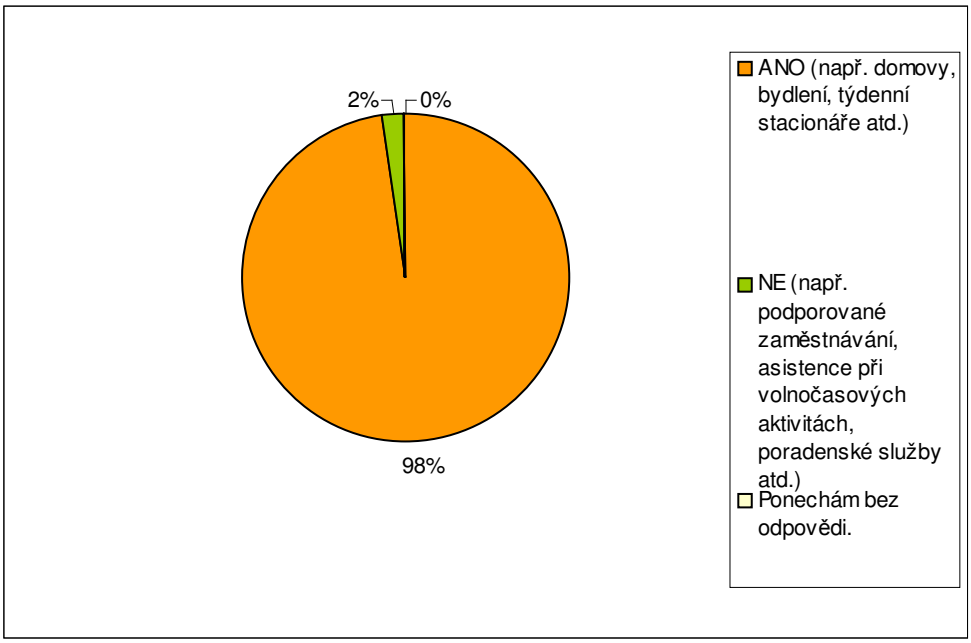


Zdroj: vlastní průzkum

Otázka číslo 6

Zjišťuje zda respondenti pracují v pobytové nebo nepobytové službě.

Graf 6: Zastoupení respondentů pobytových či nepobytových službách

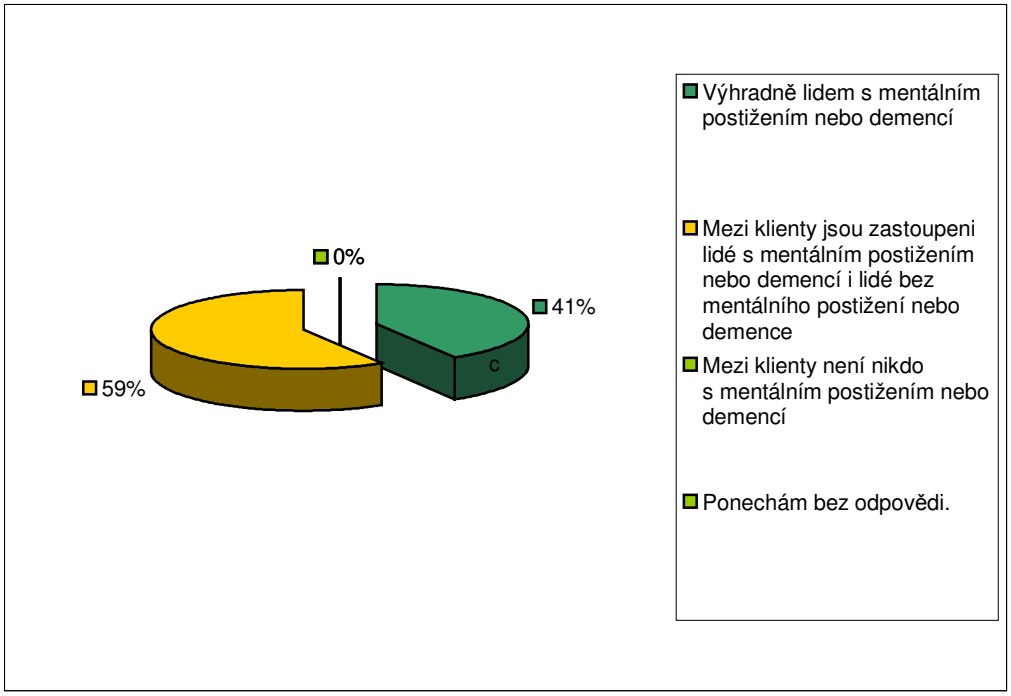


Zdroj: vlastní průzkum

Otázka číslo 7

Zjišťuje cílovou skupinu se kterou respondenti pracují, ve smyslu lidé s mentálním postižením a lidé bez mentálního postižení

Graf 7: Cílová skupina se kterou respondenti pracují



Zdroj: vlastní průzkum

Otázka číslo 8

Zjišťuje cílovou skupinu se kterou respondenti pracují ve smyslu hloubky mentálního postižení u postižených jedinců ve službě. Respondenti mohli vyplnit více možností.

Tab 5: Cílová skupina, možnosti které jednotliví respondenti vyplnili

1-Lehké MP	2 - Středně těžké MP	3 - Těžké MP	4 - Hluboké MP
		3	
	2	3	4
		2	
	2	3	
	2	3	
	2	3	
		3	
1	2	3	4
1	2		
1			
1			
1			
1	2		
1	2		
	2		
		3	
	2		
	2		
	2		
	2		
	2		
	2		
1	2		
	2		
		3	
1	2		
	2		
	2		
	2		
1	2	3	
1	2	3	4
1			
	2		
1	2	3	4
	2	3	4
	2	3	
1	2		
	2		
1	2		
1			
1	2		
	2		
		3	4
1	2		
	2	3	

Zdroj: vlastní průzkum

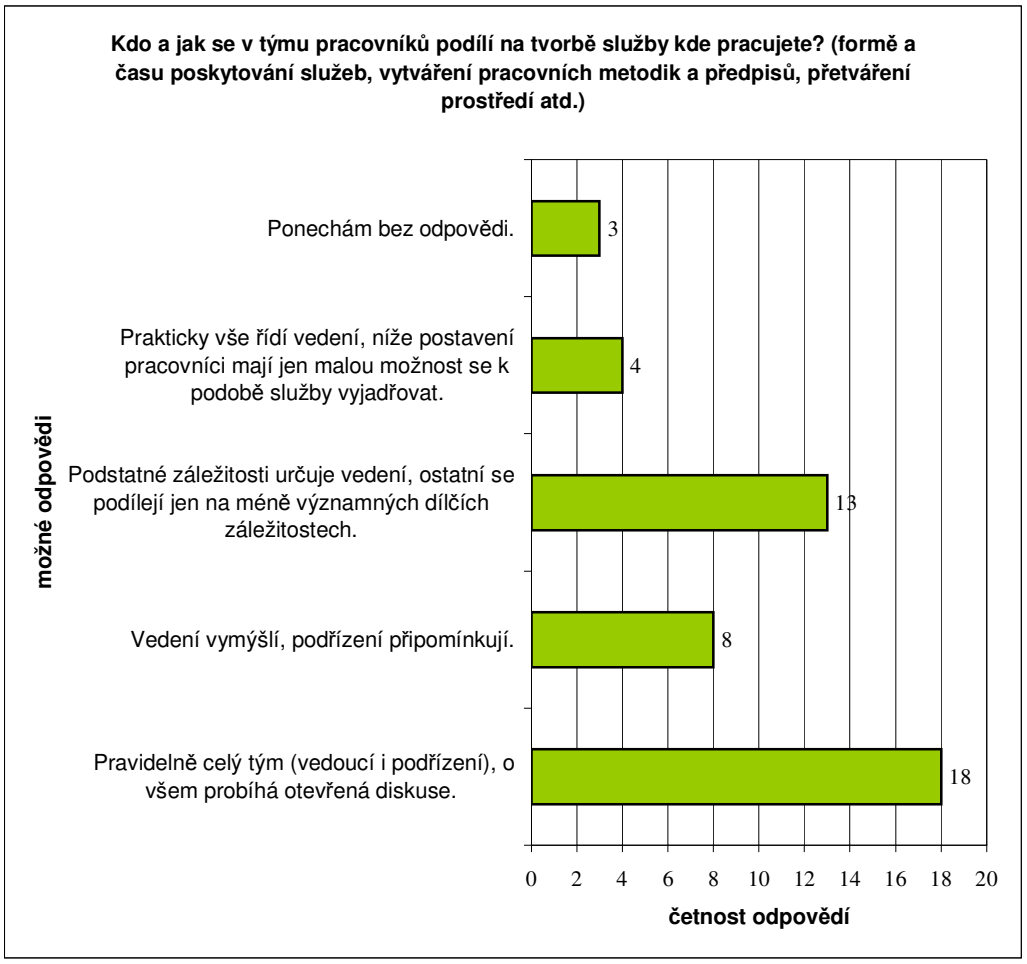
Mohli jsme si všimnout, že respondenti jsou i v rámci jednoho zařízení značně nejednotní v tom, které cílové skupině vlastně poskytují služby.

7.5 Vlastní průzkum

Otázka číslo 9

Zjišťuje názor respondentů na podílu týmu pracovníků při tvorbě služby

Graf 8: Účast týmu pracovníků na tvorbě služby



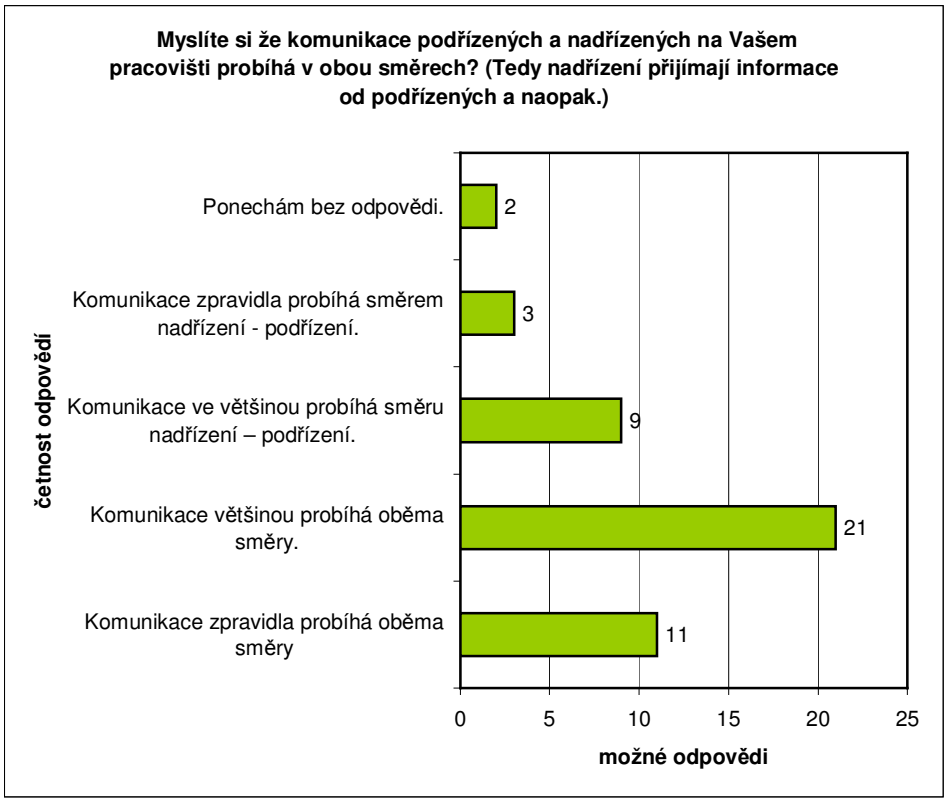
Zdroj: vlastní průzkum

V této otázce nadpoloviční většina volila odpovědi naznačující, že spolupráce v týmu probíhá.Nezanedbatelná část respondentů však volila i odpovědi, které naznačují, že se řadoví pracovníci na tvorbě služby příliš nepodílejí.

Otázka číslo 10

Zjišťuje názory pracovníků na styl komunikace v týmu

Graf 9: Komuikace na pracovišti



Zdroj: vlastní průzkum

Většina respondentů se klonila k odpovědím říkajícím, že komunikace podřízených s vedoucími probíhá obousměrně. Stejně jako u otázky číslo 9 se jednalo o velmi citlivou otázku.

Tato otázka byla polotevřená jediná doplňující odpověď byla:

„nicméně činy se nedotahují do konce!“

Tato odpověď pravděpodobně narážela na situaci, kdy sice nadřízení vyslechnou názory svých podřízených a slíbí předložené problémy řešit, ale problém reálně neřeší.

Otázka číslo 11

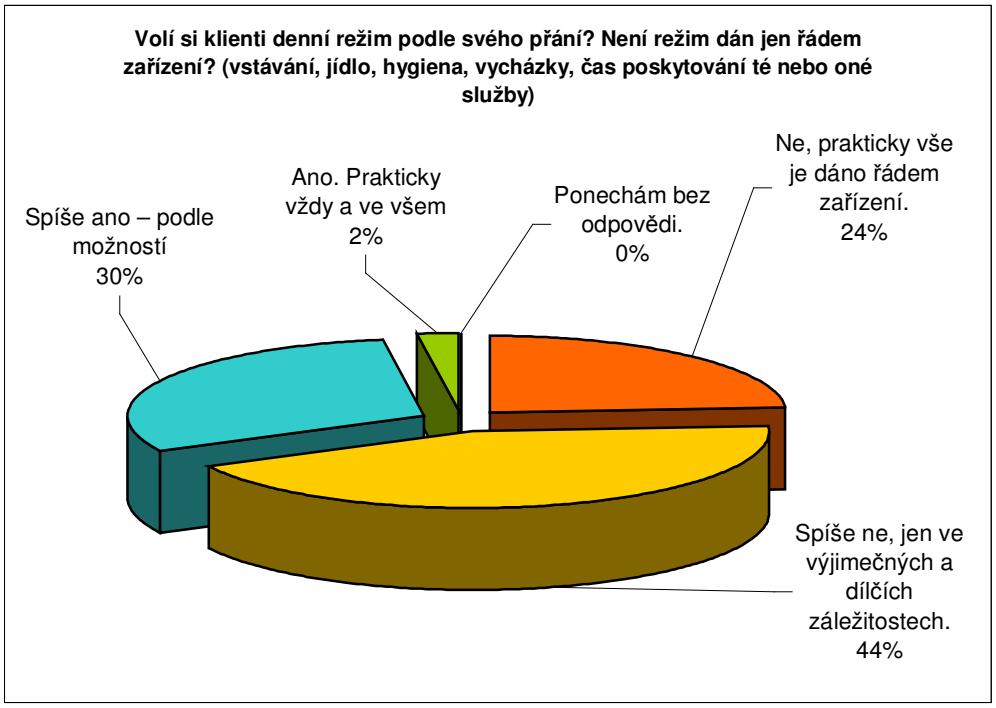
Zjišťuje názory pracovníků na denní režim klientů v zařízení

Tab 6: Volba denního režimu

Otázka:Volí si klienti denní režim podle svého přání? Režim není dán jen řádem zařízení? (vstávání, jídlo, hygiena, vycházky, čas poskytování té nebo oné služby)		
Možné odpovědi	n	procenta
Ne, prakticky vše je dáno řádem zařízení.	11	23,91
Spíše ne, jen ve výjimečných a dílčích záležitostech.	20	43,48
Spíše ano – podle možností	14	30,43
Ano. Prakticky vždy a ve všem	1	2,17
Ponechám bez odpovědi.	0	0,00
celkem	46	100,00

Zdroj: vlastní průzkum

Graf 10: Volba denního režimu



Zdroj: vlastní průzkum

Respondenti v 68 procentech volili odpovědi říkající, že si klienti v zařízení nemohou a nebo spíše nemohou režim. Jen 2 procenta respondentů odpověděla, že si klienti mohou plně zvolit svůj denní režim. Odpověď „Spíše ano – podle možností“ volili i někteří z respondentů ze zařízení, kde je režim dle většiny odpovědí i zúčastněného pozorování pevně dán.

Otázka číslo 12

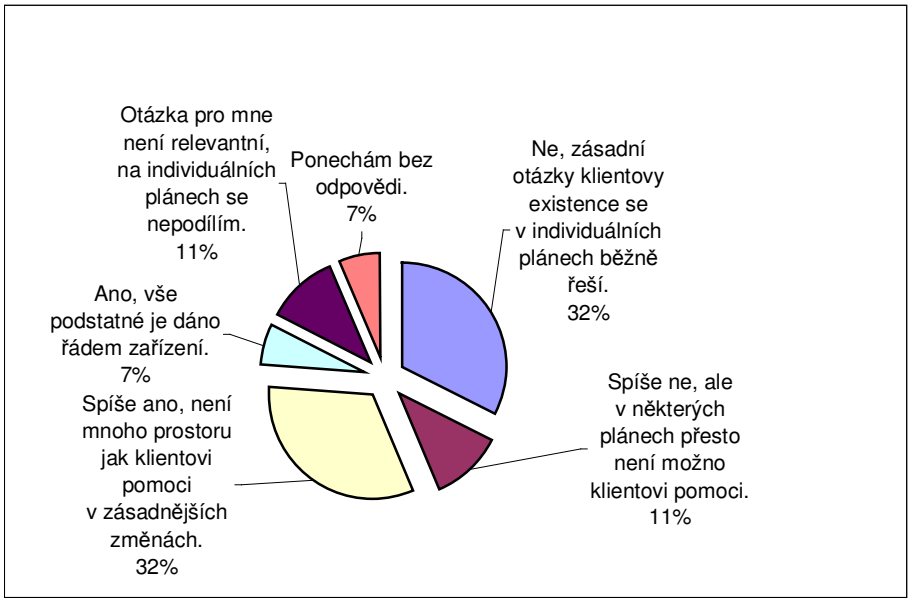
Zjišťuje zda je podle názoru respondentů možné v individuálním plánování řešit zásadní otázky klientovy existence, nebo zda se v individuálním plánování řeší jen malé cíle.

Tabulka 8: Zásadní otázky klientovy existence v individuálních plánech

Otázka: Stává se Vám, že v individuálním plánování není možné řešit zásadní otázky klientovy existence (opuštění zařízení, denní režim atd.) a nezbývá než se zaměřit na malé cíle? (budu se každý večer dívat na TV a o víkendu půjdu na koncert pořádaný v zařízení atd.)		
Možné odpovědi	n	procenta
Ne, zásadní otázky klientovy existence se v individuálních plánech běžně řeší.	15	32,61
Spíše ne, ale v některých plánech přesto není možno klientovi pomoci.	5	10,87
Spíše ano, není mnoho prostoru jak klientovi pomoci v zásadnějších změnách.	15	32,61
Ano, vše podstatné je dáno řádem zařízení.	3	6,52
Otázka pro mne není relevantní, na individuálních plánech se nepodílím.	5	10,87
Ponechám bez odpovědi.	3	6,52
celkem	46	100,00

Zdroj: vlastní průzkum

Graf 11: Realizace individuálních plánů



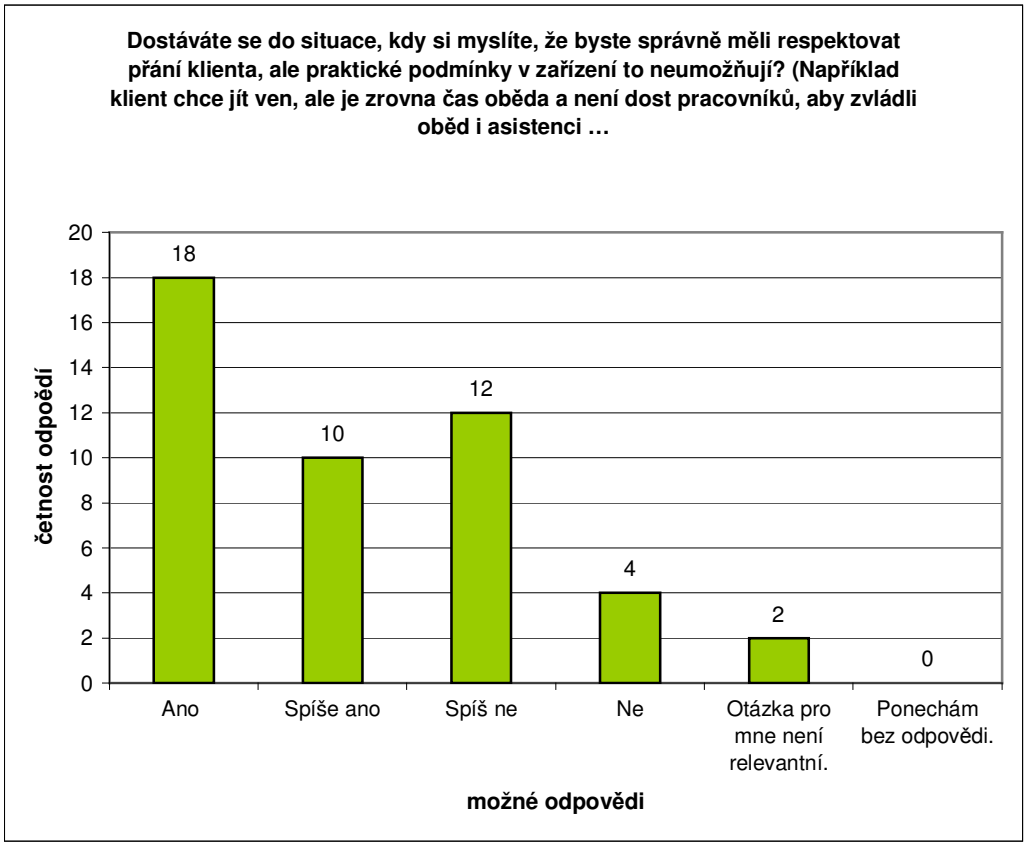
Zdroj: vlastní průzkum

U této otázky byly získány spíše vyrovnané výsledky. O trochu více než polovina respondentů vyplnila spíše záporné odpovědi. Kladné odpovědi které naznačují, že zásadní otázky klientovi existence v individuálních plánech nelze řešit však vyplnila také téměř polovina respondentů. Tři respondenti ponechali otázku bez odpovědi.

Otázka číslo 13

Zjišťuje možnost pomáhajícího profesionála respektovat přání klienta ve vztahu k možnostem zařízení.

Graf 12: Možnost respektovat přání klienta vzhledem k praktickým možnostem v zařízení



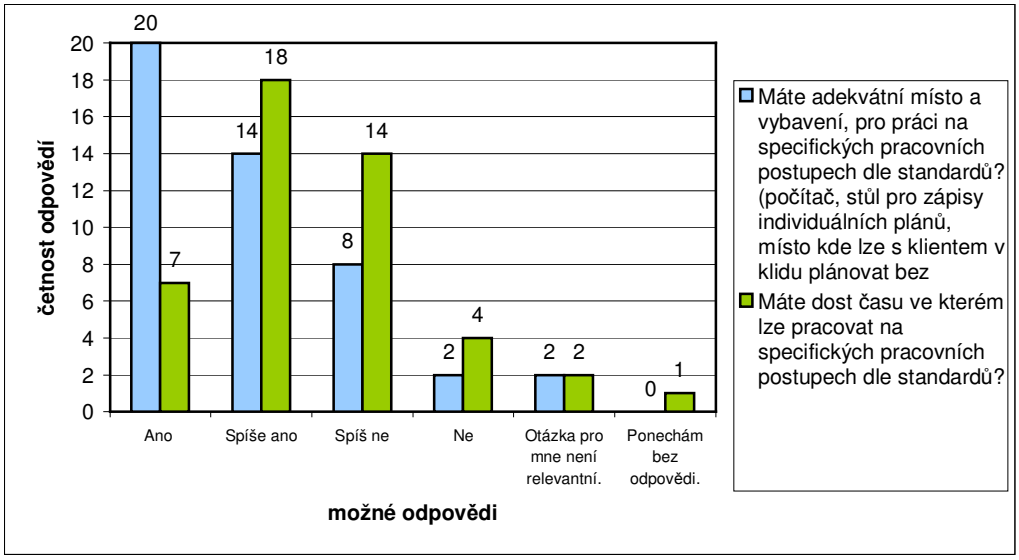
Zdroj: vlastní průzkum

Většina respondentů se přiklonila k odpovědi „ano“ nebo „Spíše ano“ jen malá část respondentů zvolila jednoznačné „ Ne„

Otázka číslo 14 a 15

Zjišťuje zda mají pracovníci adekvátní materiální vybavení pro práci na specifických pracovních postupech dle standardů

Graf 13: Materiální vybavení pro specifické pracovní postupy podle standardů



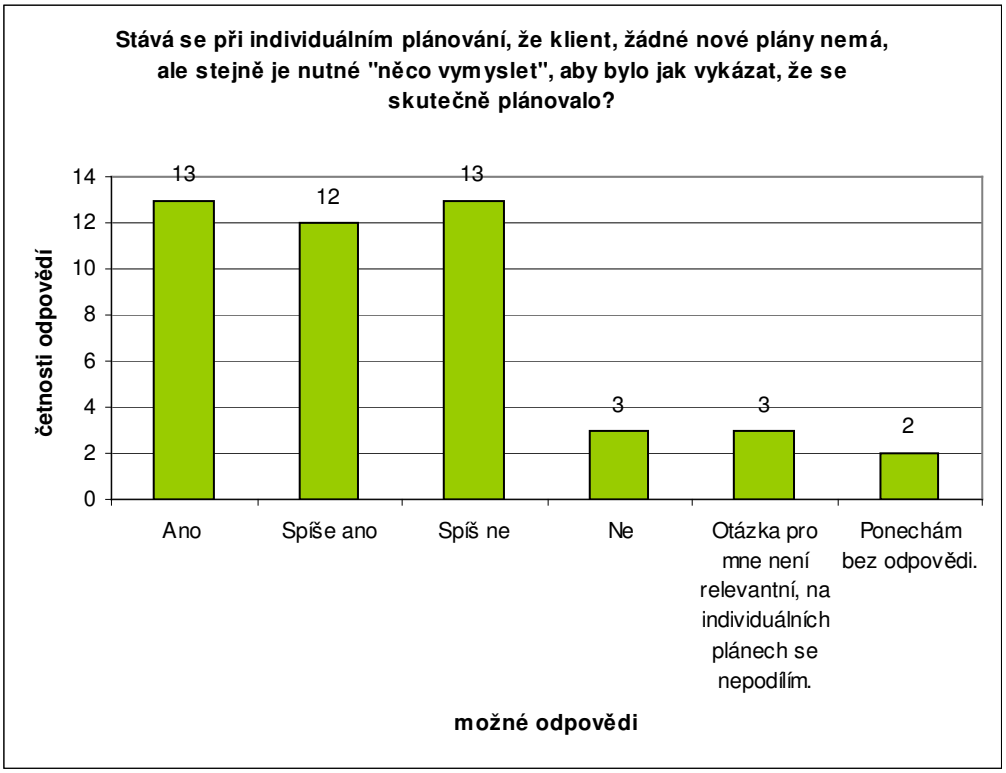
Zdroj: vlastní průzkum

V otázkách 14 a 15 se většina respondentů přiklonila ke kladnému spektru odpovědí odpovědím.Je evidentní že respondenti častěji považují za adekvátní materiální vybavení a větší problém vidí v nedostatku času.

Otázka číslo 16

Zjišťuje zkušenost respondentů se situací, kdy klient nemá plány, ale stejně je tlak na vytvoření dokumentace.

Graf 14: Situace, kdy klient nemá plány



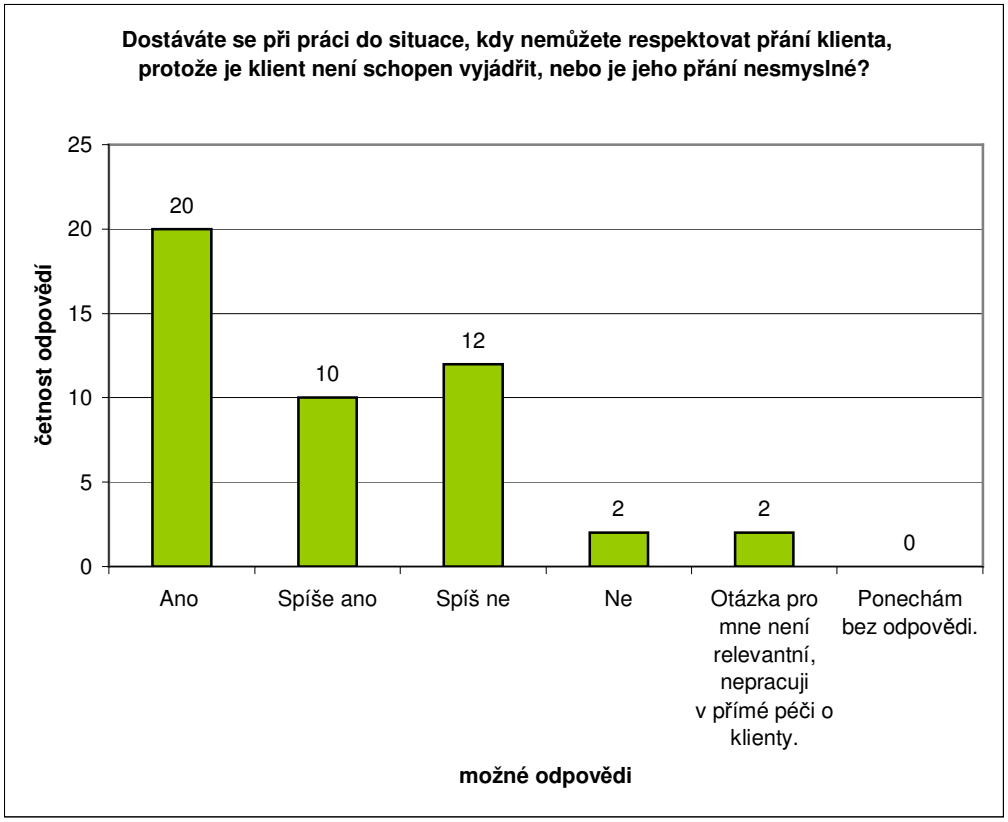
Zdroj: vlastní průzkum

S tímto problémem se při práci na individuálních plánech setkáváme poměrně často. Což potvrzují odpovědi respondentů.

Otázka číslo 17

Zjišťuje zkušenost respondentů se situací, kdy nemohou respektovat přání klienta protože se ho nepodařilo zjistit.

Graf 15: Nemožnost zjistit přání klienta



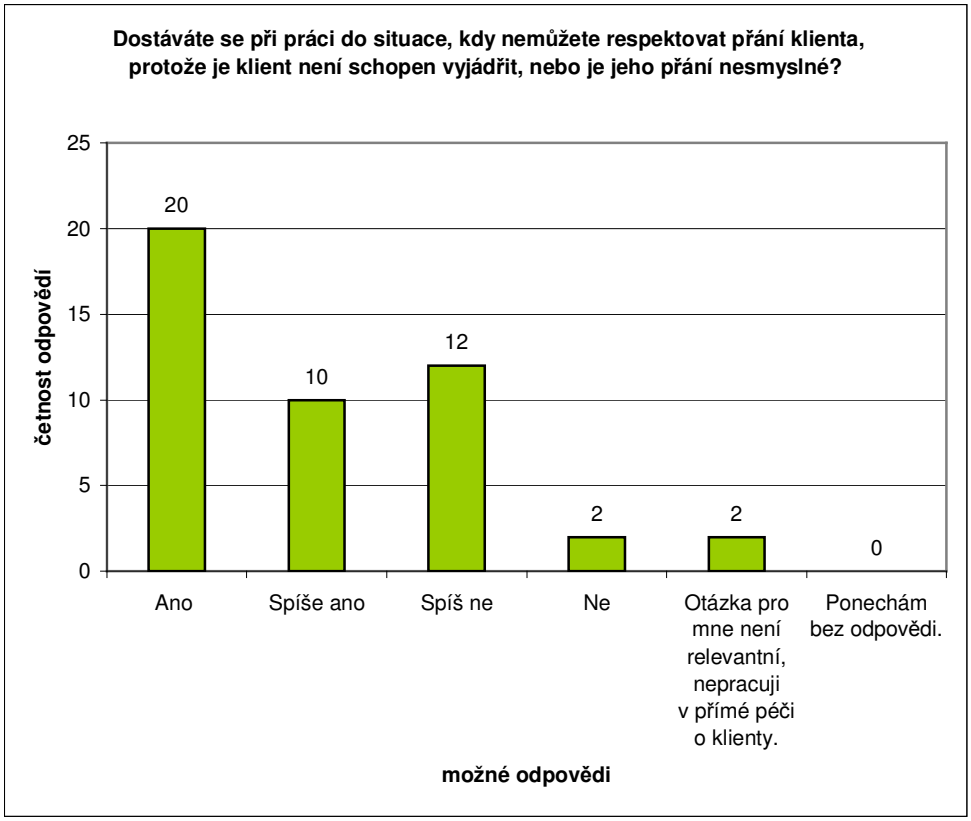
Zdroj: vlastní průzkum

Výsledky průzkumu naznačují, že situace, kdy klient není schopen vyjádřit své prání je poměrně častá.

Otázka číslo 18

Zjišťuje zkušenost respondentů se s tím, že služba poskytuje služby klientům jiných cílových skupin, než pro které byla uzpůsobena.

Graf 16: Poskytováním služeb klientům, kteří nespadají do cílové skupiny zařízení



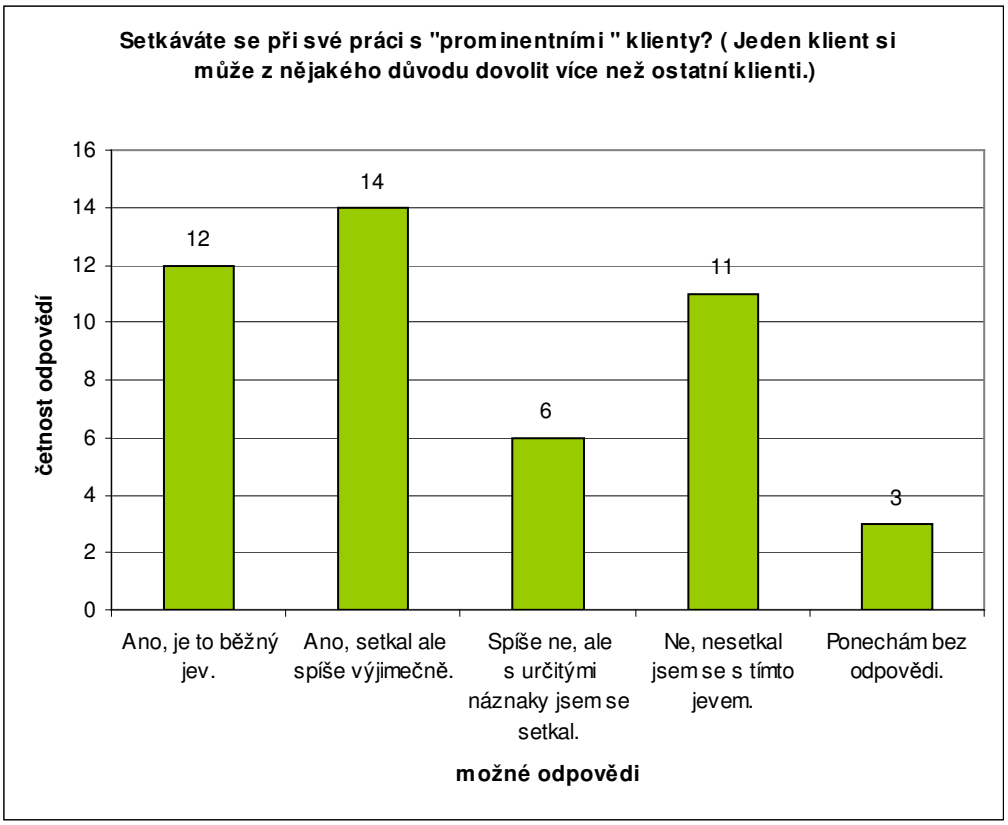
Zdroj: vlastní průzkum

Pozitivní odpovědi byly sice zastoupeny v menší míře. Je však jasné, že se s tímto problémem respondenti setkávají.

Otázka číslo 19

Zjišťuje zkušenost respondentů se situací, kdy si jeden klient může dovolit více než ostatní klienti.

Graf 17 – rovný přístup ke všem klientům v zařízení



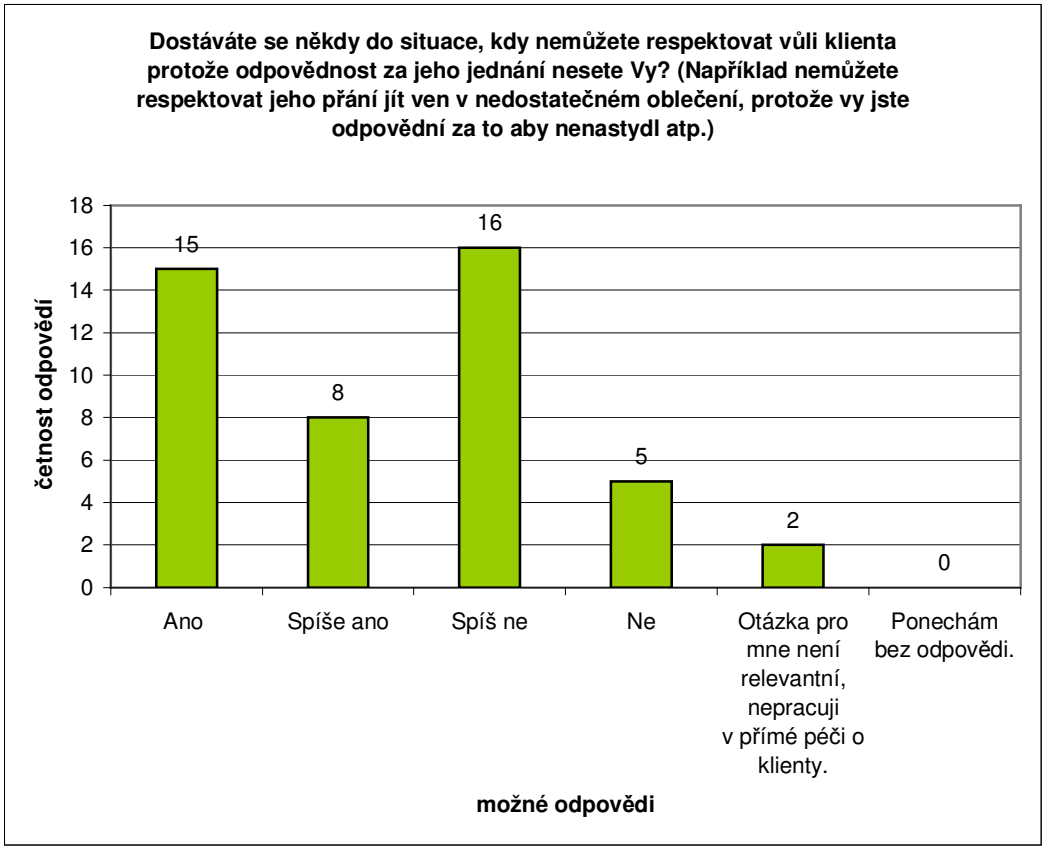
Zdroj: vlastní průzkum

Tyto případy se podle výsledku průzkumu vyskytují.

Otázka číslo 20

Zjišťuje zkušenost respondentů se situací, kdy se pracovník dostává do konfliktu mezi přáním klienta a svou odpovědností za klienta.

Graf 18 – Nemožnost respektovat přání klienta z důvodu odpovědnosti pracovníka



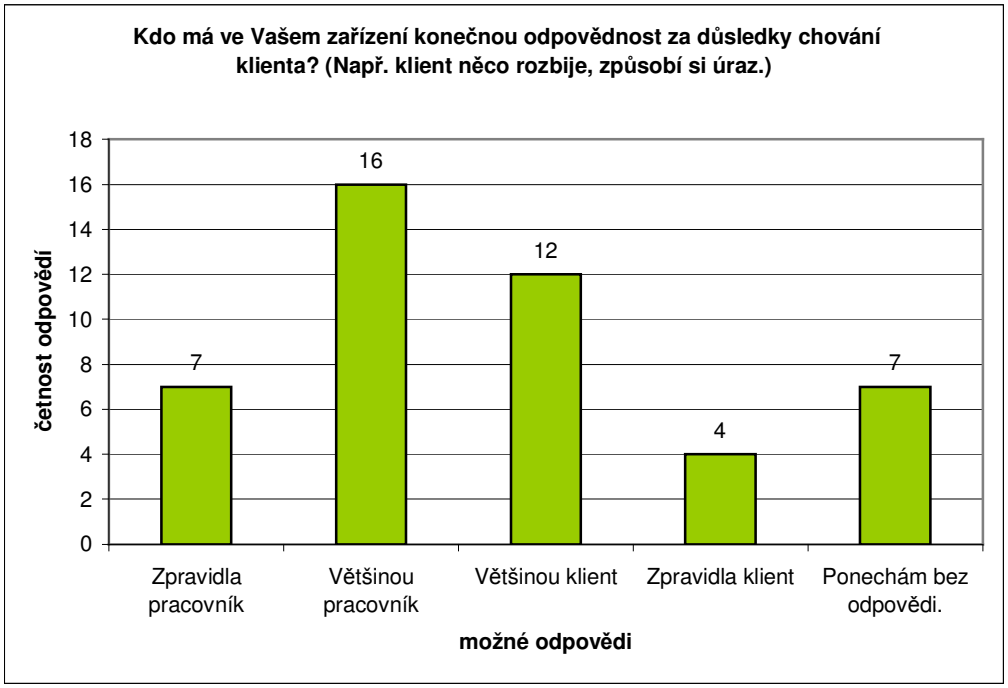
Zdroj: vlastní průzkum

V nadpoloviční většině se pracovníci dostávají do situace, kdy nemohou respektovat přání klienta z důvodu jejich odpovědnosti za klienta.

Otázka číslo 21

Zjišťuje zda za chování klientů nesou odpovědnost klienti nebo pracovníci

Graf 19 – Rozdělení odpovědnosti v zařízení



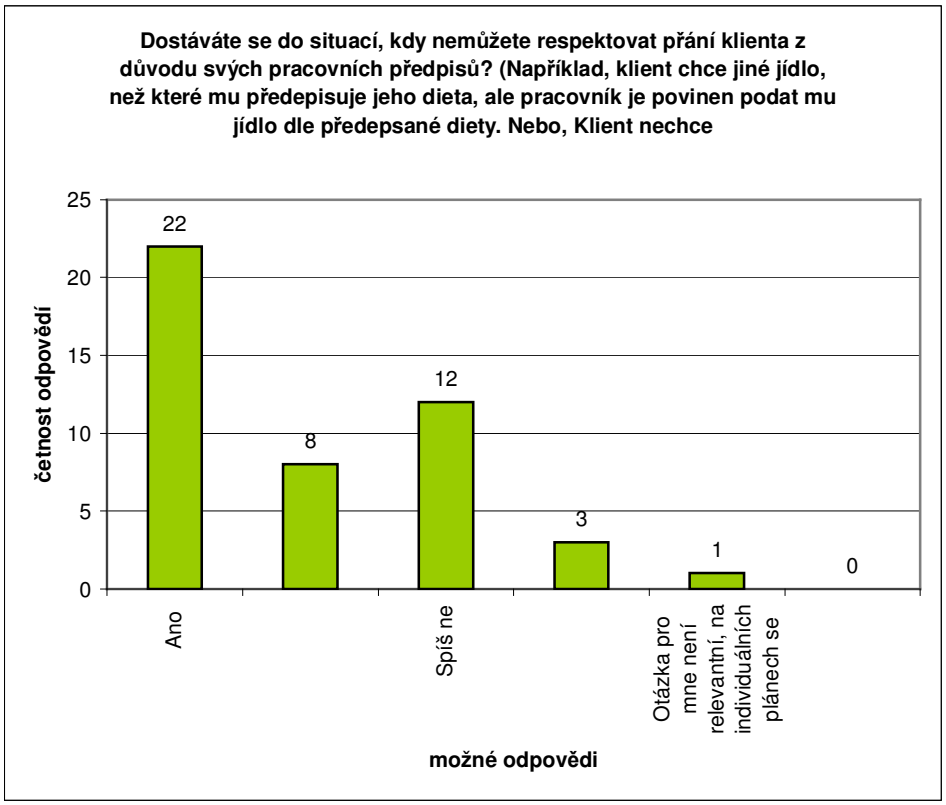
Zdroj: vlastní průzkum

Lehce nadpoloviční většina respondentů volila kladné spektrum odpovědí. Oproti jiným otázkám značná část respondentů ponechala otázku bez odpovědi.

Otázka 22

Zjišťuje zda se respondenti dostávají do situace, kdy jim pracovní předpisy brání respektovat přání klienta.

Graf 20 – Pracovní předpisy zaměstnanců a svobodná vůle klienta



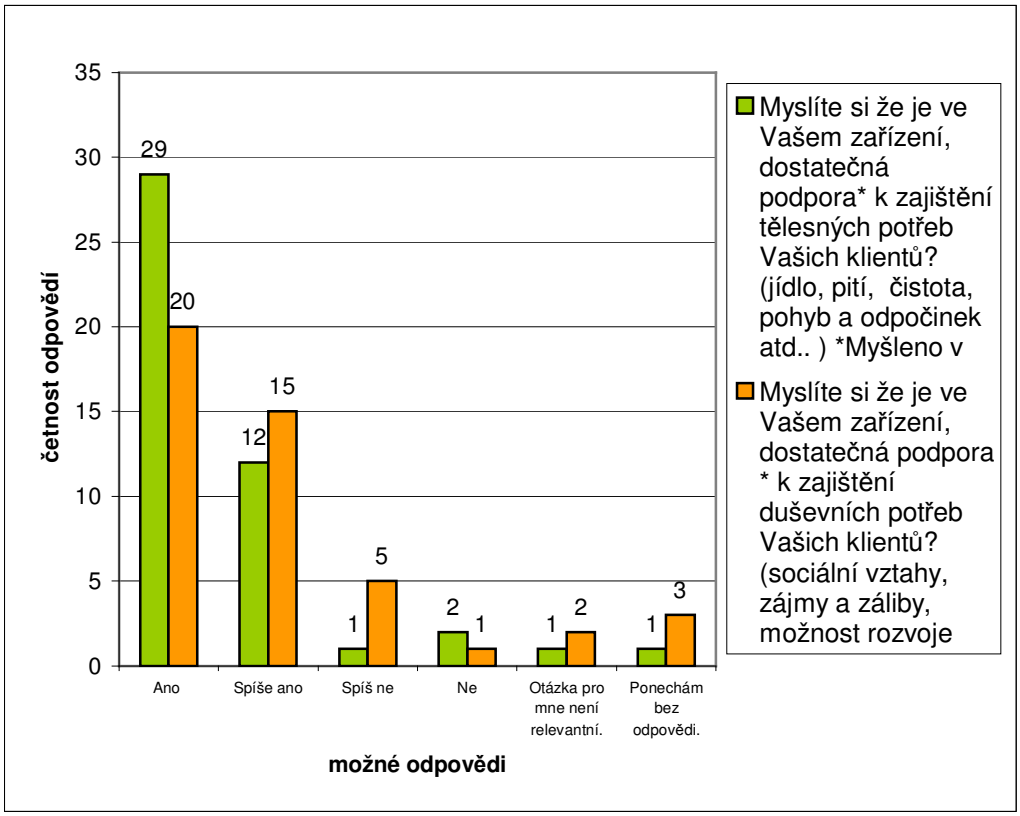
Zdroj: vlastní průzkum

Zde většina respondentů odpověděla spíše kladně. To je varující zjištění.

Otázka 23 a 24

Zjišťují názor respondentů na uspokojení potřeb klientů v „jejich“ zařízení.

Graf 21 Názor respondentů na uspokojení potřeb klientů



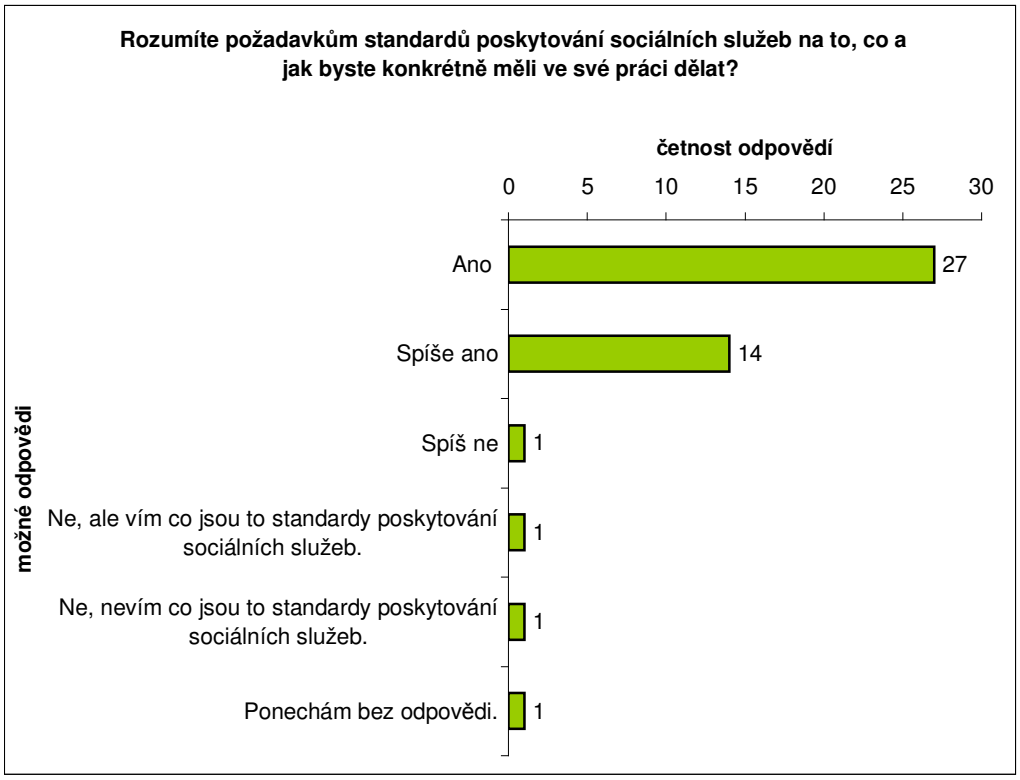
Zdroj: vlastní průzkum

V otázkách 23 a 24 se naprostá většina respondentů přiklonila ke kladnému spektru odpovědí. Je evidentní že respondenti častěji považují za adekvátní podporu fyzických potřeb klientů o něco málo větší deficit vidí a větší problém vidí v podpoře v naplňování fyzických duševních potřeb klientů

Otázka 25

Zjišťuje zda mají respondenti pocit, že rozumějí konkrétním požadavkům standardů.

Graf 22: Požadavky standardů na konkrétní činnosti



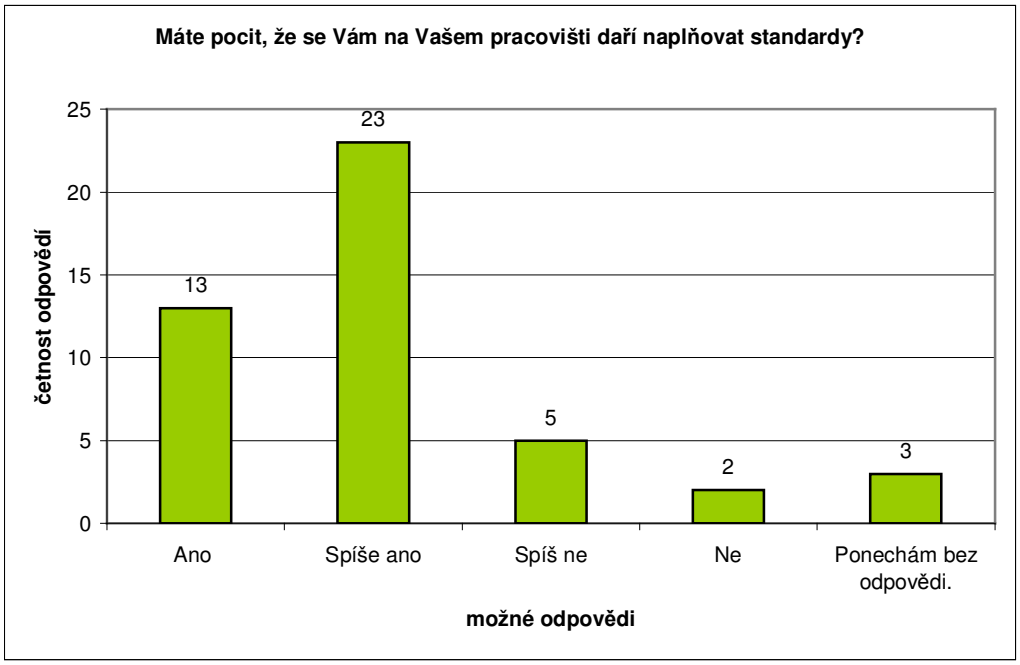
Zdroj: vlastní průzkum

Naprostá většina respondentů se domnívá, že rozumí a nebo spíše rozumí požadavkům standardů na konkrétná pracovní postupy.

Otázka 26

Zjišťuje zda mají respondenti pocit, že se jim na pracovišti daří naplňovat standardy.

Graf 23: Naplňování standardů



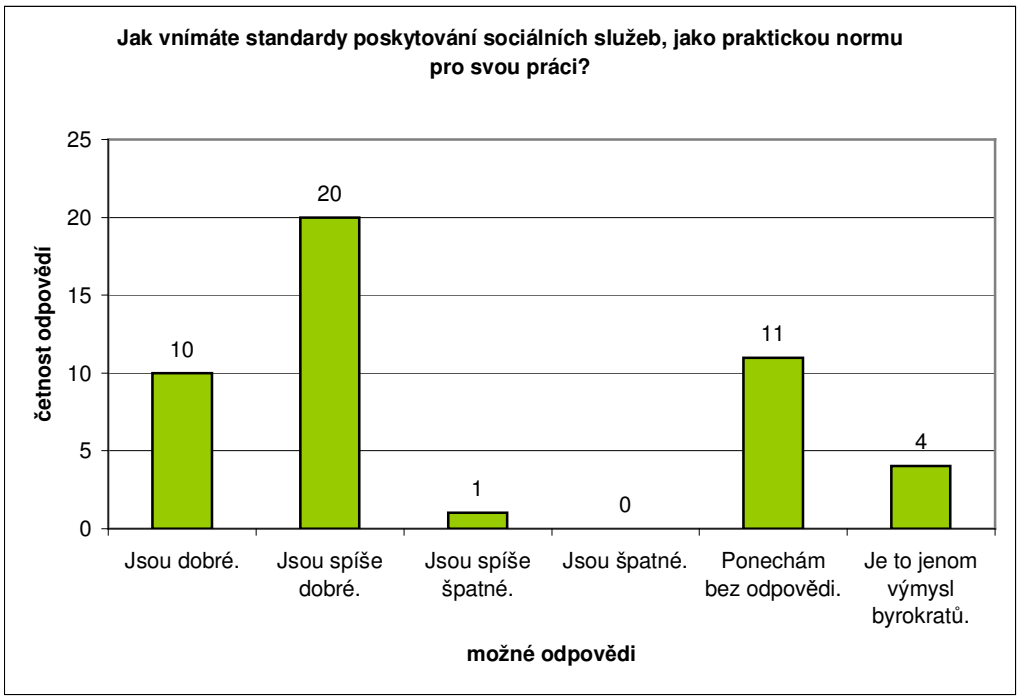
Zdroj: vlastní průzkum

Největší část respondentů se přiklonila k odpovědi „Spíše ano“ . Duhou nejvyšší četnost jsme zaznamenali u odpovědi „ano“ Jen malá část respondentů odpověděla, že mají pocit, že se na jejich pracovišti standardy spíše nedaří a nebo nedaří naplňovat. Tři respondenti ponechali otázku bez odpovědi.

Otázka 27

Zjišťuje co si respondenti myslí o samotných standardech.

Graf 24: Standardy jako praktická norma



Zdroj: vlastní průzkum

Většina respondentů se kloní k názoru, že jsou standardy spíše dobré a nebo dobré. Nezanedbatelná část respondentů, ale také odmítla odpovědět a nebo vyplnila odpověď „Je to jenom výmysl byrokratů“. Můžeme se domnívat, že se část těchto respondentů s myšlenkou standardů neztotožňuje.

Tato otázka byla polotevřená bylo získáno několik doplňujících odpovědí:

„Jsou to "jízdní řády" naší služby.“

„Někdy svazující pro práci s klientem.“

„bohužel kontrolu pak zajímají spíše papíry než samotná praxe“

„Ale ne vždy používány se zdravým rozumem“

Je zajímavé že všichni respondenti kteří k této otázce uvedli doplňující odpověď byli pracovníci v manažerských pozicích.

Otázka 28 a 29

Na doplňující otázky nebyly kromě emailu některých respondentů uvedeny žádné odpovědi týkající se tématu výzkumu.

7.6 Interpretace výsledků - diskuse

Otázka 9 a 10:

Odpovědi na otázky 9 a 10 přinášejí spíše pozitivní výsledek a naznačují, že respondenti v nadpoloviční většině vnímají své zapojení do tvorby služby a komunikaci s vedoucími pozitivně. Nezanedbatelná část respondentů však uvedla i možnosti naznačující spíše neuspokojivý stav. V porovnání s osobní zkušeností výzkumníka v některých zařízeních kde proběhl přinesl výzkum podezřele pozitivní výsledek. Otázky však byly položeny velmi obecně a nereflektují možnost, kdy přímo na pracovišti respondenta probíhá komunikace a zapojení pracovníků do tvorby služby jiným způsobem, než je typické pro celou organizaci. Navíc respondenti odpovídali zorným úhlem svého pohledu na věc a míra zapojení do tvorby pracovního procesu a komunikace v týmu mohou být různými pracovníky vnímány značně rozdílně. Velká část respondentů pravděpodobně nikdy nepracovala v jiných, než medicínsky organizovaných sociálních službách. Navíc autokratický styl vedení organizace způsobuje strach respondentů z ústrků a případné ztráty pracovního místa. Proto se můžeme domnívat, že velká část respondentů záměrně volila „bezpečnější“ odpověď než je jejich skutečný názor.

Otázky 11- 13:

Tyto otázky jsou součástí hlavního části výzkumu. V odpovědích na otázky zda si klienti zařízení mohou zvolit svůj denní režim a zda se pracovníci dostávají do situace, kdy nemohou respektovat vůli klienta, ale myslí si, že by podle standardů měli převažovaly odpovědi naznačující, že jsou klienti v důsledku uspořádání v zařízení sociálních služeb v mnoha případech omezeni v uplatňování své svobodné vůle. S odpověďmi na otázky 11 a 13 trochu kontrastují odpovědi na otázku zda se v individuálních plánech řeší zásadní

životní otázky klientů (opuštění zařízení, denní režim atd.), která se do značné míry překrývá s otázkami 11 a 13. Vysoká četnost odpovědi, že se tyto záležitosti v individuálních plánech běžně řeší může naznačovat, že pracovníci nevnímají individuální plánování jako „součást všedního dne“ v zařízení. Rovněž však může být způsobena i tím, že se otázka více týká práce samotného respondenta a méně respondentem neovlivnitelných postupů v zařízení. Respondenti tedy možná v některých případech kladnější „sebehodnotící“ odpovědi.

Otázky 14 a 15:

Respondenti v převážné většině vidí materiální a časové vybavení k pro specifické pracovní postupy dle standardů jako dostatečné. Pokud je v některé z těchto oblastí deficit tak většinou pociťují spíše nedostatek času, než materiálního vybavení. Je však otázka, kolik je ve kterém zařízení těmto postupům věnováno času. Respondenti odpovídali zorným úhlem představy kolik času by se mělo Těmto specifickým postupům věnovat

Otázky 16 a 17:

Odpovědi respondentů přinášejí otázku do jaké míry jsou současná zařízení sociálních služeb uzpůsobena proto aby pracovníci měli možnost respektovat vůli klientů. Rovněž otázkou zda jsou v některých zařízeních vytvářeny kvalitní individuální plány. Když si klienti nemohou ani zvolit denní režim, je otázkou co si vlastně mohli naplánovat ve svém individuálním plánu a zda je celá služba skutečně individuálně plánována.

Otázky 18 a 19:

Odpovědi naznačují, že se v zařízeních sociálních služeb setkat se situacemi, které potenciálně přinášejí střety zájmů. Těmito situacemi jsou ohroženi především samotné klienti i když je jasné, že tyto situace ohrožují i pracovníky, kterým situace může znemožňovat poskytování služby (všem klientům) rovným způsobem. Pokud je jeden klient preferován před ostatními, jde bezpochyby o situaci která znemožňuje poskytovat služby rovným

způsobem všem klientům. Rovněž klient jiné cílové skupiny je ohrožen, protože služba je zpravidla uzpůsobena klientům primární cílové skupiny.

Otázky 20-23:

Odpovědi na tyto otázky, napovídají, že se pracovníci mají v mnoha případech odpovědnost i v oblastech které potenciálně kolidují s právem klientů uplatňovat svou svobodnou vůli. Stále je přítomen paternalistický model poskytování sociální služby. Odpovědi na tyto otázky značně kontrastují s přesvědčením pracovníků, že se jim daří na pracovišti naplňovat požadavky standardů.

Otázky 23 a 24:

Respondenti se zpravidla domnívají, že podpora tělesných i duševní potřeby klientů dostatečně podporovány. Je však otázka zda se v některých případech nejedná spíše o pozitivní pohled pracovníků na své vlastní pracoviště a práci, než poskytování skutečně kvalitní podpory. Také se jedná o citlivé otázky a tak je možná i větší míra lživost při vyplňování těchto odpovědí.

Otázky 25 a 26:

Odpovědi svědčí o pozitivním náhledu respondentů na standardy. Také se však jedná o citlivé otázky a respondenti tedy možná v některých případech volili kladnější „sebehodnotící“ odpovědi.

Hlavní průzkumnou hypotézu výsledky průzkumu potvrzují. Můžeme říci, že podle výsledku průzkumu platí: ***Pracovníci se setkávají se situacemi, kdy v zařízení sociálních služeb nelze respektovat klientovu svobodnou vůli podle požadavků standardů.***

ZÁVĚR PRŮZKUMU

U primárních cílů průzkumu byly některé odpovědi minimálně varující. Naznačují, že svoboda volby klientů je v některých zařízeních značně omezená a že styl práce neumožňuje respektovat klienta podle požadavků standardů. Je to ovlivněno filosofií poskytování služby, která je v mnoha případech pravděpodobně stále zaměřena spíše paternalistickým - pečujícím způsobem. Současný tlak na formální plnění standardů převažuje nad tlakem ke skutečné změně stylu poskytování služby, tak aby odpovídala základním požadavkům standardů poskytování služeb.

U sekundárních cílů výzkumu je validita získaných dat u některých otázek pravděpodobně ovlivněna citlivostí zvolených průzkumných témat.. Přestože byly použity nástroje umožňující zajistit poměrně značnou anonymitu respondentů, můžeme se domnívat, že někteří respondenti záměrné odpovídali tak, aby odpovědi vyzněly lépe, než jak vnímají skutečný stav. To je typické především v zařízeních, která jsou vedena direktivním stylem a zaměstnanci mají oprávněný strach z možných důsledků pro svou kariéru.

Proto aby standardy mohly být realizovány, je nutné v zařízeních sociálních služeb vytvářet podmínky ve kterých je možné službu poskytovat podle základních požadavků standardů. Tedy s respektem k uživateli a jeho svobodné vůli. Podle získaných výsledků průzkumu bude cesta k reálnému zavedení standardů v mnoha případech pravděpodobně ještě dlouhá a náročná.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

ARMSTRONG, Michael. *Řízení lidských zdrojů: nejnovější trendy a postupy : 10. vydání*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 789 s. ISBN 978-80-247-1407-3.

ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum, 2008, 222 s. ISBN 978-802-4615-653.

EMERSON, Erik. *Problémové chování: u lidí s mentálním postižením*. Praha: Portál, 2008. ISBN 987-80-7367-390-1.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha: Galén, c2000, 191 p. ISBN 80-726-2034-7.

JOHNOVÁ, Milena. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe: průvodce poskytovatele*. Vyd. 1. Editor Kristýna Čermáková. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002, 111 s. ISBN 80-865-5245-4.

KELLER, Jan. 1996. *Sociologie byrokracie a organizace*, Praha: Sociologické nakladatelství, 2001, 191 s. ISBN 80-858-5015-X.

KRUTILOVÁ Dagmar, Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2010 , 221 str. ISBN 978-80-2543-427-7

NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce*. Editor Pavel Navrátil. Brno: Zeman, 2001, 168 s. ISBN 80-903-0700-0.

MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. ISBN 80-7367-310-X.

NOVÁK, Tomáš, . *Standardy kvality sociálních služeb v komunitních centrech*. Praha: Nová škola, 2005. ISBN 978-809-0363-120.

PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. přeprac. a rozš. vyd. Editor Jarmila Pipeková. Brno: Paido - edice pedagogické literatury, 1998, 234 s. ISBN 80-859-3165-6.

ŘEZNÍČEK, Ivo. *Metody sociální práce: Podklady ke stážím studentů a ke kazuistickým seminářům*. dotisk 1.vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1994, 80 s. ISBN 80-858-5000-1.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost*. Praha: Grada, 2007, 160 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4717-333.

ŠIŠKA, Jan. *Mimořádná dospělost: edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2005, 100 s. ISBN 80-246-0992-4.

ŠVARCOVÁ, Iva., *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2006. 198s. ISBN 8073670607

Seznam použitých internetových zdrojů

Standardy kvality sociálních služeb. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 2013 [cit. 2013-03-25]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/cs/5963

Seznam ostatních zdrojů

BROŽOVÁ, Gabriela. *Postoje zaměstnanců ke Standardům kvality sociálních služeb v zařízení pro osoby s mentálním postižením*. Brno, 2008. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně. Vedoucí práce Dipl.-Theol. Univ. Stanislava Ševčíková.

BOUZEK, Petr. *Nelékařští zdravotničtí pracovníci v sociálních lůžkových zařízeních pro seniory*. Olomouc, 2011. Diplomová práce. UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Vedoucí práce Mgr. Zdenka Mikšová, Ph.D.

Kolektiv autorů, Standardy kvality sociálních služeb, VÝKLADOVÝ SBORNÍK PRO POSKYTOVATELE, 2008, Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR v rámci projektu

MÁTL Ondřej, Jabůrková Milena, *Kvalita péče o seniory*, Univerzita Karlova v Praze, Fakulta humanitních studií, Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ - *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*, Desátá revize, *aktualizovaná druhá verze k 1.1. 2012*

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

SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ a TABULEK

Seznam grafů

Graf 1: Zastoupení respondentů dle pohlaví 61
Graf 2: Pracovní zařazení respondentů 62
Graf 3: Zastoupení respondentů podle doby praxe 63
Graf 4: Vzdělání respondentů 64
Graf 5: Zastoupení respondentů podle velikosti zařízen 65
Graf 6: Zastoupení respondentů pobytových či nepobytových službách..... 66
Graf 7: Cílová skupina se kterou respondenti pracují 67
Graf 8: Účast týmu pracovníků na tvorbě služby 69
Graf 9: Komuikace na pracovišti 70
Graf 10: Volba denního režimu 71
Graf 11: Realizace individuálních plánů 72
Graf 12: Možnost respektovat přání klienta vzhledem k praktickým možnostem v zařízení..... 73
Graf 13: Materiální vybavení pro specifické pracovní postupy podle standardů ... 74
Graf 14: Situace, kdy klient nemá plány 75
Graf 15: Nemožnost zjistit přání klienta 76
Graf 16: Poskytováním služeb klientům, kteří nespadají do cílové skupiny zařízení 77
Graf 17 – rovný přístup ke všem klientům v zařízení 78
Graf 18 – Nemožnost respektovat přání klienta z důvodu odpovědnosti pracovníka 79
Graf 19 – Rozdělení odpovědnosti v zařízení 80
Graf 20 – Pracovní předpisy zaměstnanců a svobodná vůle klienta 81
Graf 21 Názor respondentů na uspokojení potřeb klientů 82
Graf 22: Požadavky standardů na konkrétní činnosti 83
Graf 23: Naplňování standardů 84
Graf 24: Standardy jako praktická norma 85

Seznam tabulek

Tab. 1 Mentální retardace podle MKN 10 12
Tab: 2 Zastoupení respondentů podle pohlaví..... 61
Tab 3: Zastoupení respondentů dle pracovního zařazení..... 62
Tabulka 4: Vzdělání respondentů 64
Tab 5: Cílová skupina, možnosti které jednotliví respondenti vyplnili 68
Tab 6: Volba denního režimu 71
Tabulka 8: Zásadní otázky klientovy existence v individuálních plánech 72

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Dotazník I

Příloha B –Fotografie 1 VIII

PŘÍLOHY

Příloha A - Dotazník

Vážení kolegové/kolegyně

jmenuji se Libor Bečka a jsem studentem kombinovaného studia speciální pedagogiky na UJAK Praha. V rámci své bakalářské práce provádím výzkum mezi pracovníky, kteří poskytují sociální služby lidem s nějakou formou mentálního postižení nebo demence. Výzkum se zaměřuje na zkušenost pracovníků se standardy kvality sociálních služeb (dále jen „standardy“) a především na zkušenost s některými jevy, které mohou ovlivňovat realizovatelnost služby podle těchto standardů. Při výběru konkrétních jevů jsem se zaměřil především na ty, se kterými jsem se při své práci v sociálních službách prakticky setkal a mohu předpokládat, že se s nimi mohou setkávat i další kolegové. Jako **zpětnou vazbu nabízím** zájemcům, (kteří o to v poslední nepovinné otázce dotazníku požádají) zaslání výsledků výzkumu na libovolnou emailovou adresu. Pro všechny, kdo si nebudou přát zaslání výsledků na email, budou po zakončení výzkumu (od dubna 2013) výsledky přístupné na http://www.vyzkumsqss.euweb.cz/

Pokud jste ochotni stát se účastníky tohoto výzkumu, **prosím vás o několik minut věnovaných vyplnění dotazníku.**

Dotazník můžete vyplnit na internetu nebo zaslat poštou či emailem (instrukce níže). Aby se zabránilo vyplňování dotazníku náhodnými „surfaři“ po internetu je dotazník chráněn heslem. Dotazník prosím vyplňte až do konce, částečně vyplněné dotazníky nebudou v systému zaznamenány. Sběr vyplněných dotazníků bude probíhat od úterý 15.1.2013 **do čtvrtka 31.1.2013**. Dotazníky které přijdou po tomto datu bohužel již nebude možné do výsledku výzkumu zařadit, dotazník na internetu přestane být aktivní .

Dotazník najdete **zde** http://login.oursurvey.biz/7224
heslo - „klient“ (vyplnit bez uvozovek)

Výzkum je důsledně **ANONYMNÍ** a **nemá za cíl zjišťovat kvalitu služeb jednotlivých zařízení a jednotlivých pracovníků**, ale **obecně** názory pracovníků na standardy a výskyt specifických jevů. Osobní data respondentů (tedy Vaše) a příslušnost respondentů k té nebo oné službě nebudou nijak záměrně získávána a zaznamenávána. Ve výsledku výzkumu ani v jeho průběhu nebude nijak zveřejněno, ve kterých konkrétních subjektech byl výzkum prováděn (a ani já se to v případě vyplnění dotazníku na internetu nebo zasláním poštou nikdy nedozvím).

Není to test znalostí pracovníka ani kvality služeb, které poskytuje a tak prosím vyplňujte dotazník tak, aby jste uváděli **svůj osobní názor na věc**. Pro účely výzkumu není podstatné jak by to mělo být, ale **jak to skutečně je**.

Aby výsledky byly zajímavé a přínosné, je dobré aby dotazník vyplnilo co nejvíce respondentů. Pokud Vás dotazník zaujal, prosím o případné přeposlání žádosti dalším kolegům, kteří poskytují služby lidem s mentálním postižením.

Pokud Vám nevyhovuje vyplnění dotazníku po internetu můžete dotazník z přílohy tohoto emailu (stejný jako na internetu) vyplnit ve Wordu nebo Open Office, uložit a zaslat jako přílohu emailu na adresu libor.becka@seznam.cz . Také můžete dotazník vytisknout a vyplněný zaslat běžnou poštou na adresu Libor Bečka, Bajkonurská 736, Praha 4, Háje 14900. Pro jakékoli **konzultace** k výzkumu a dotazníku je možné psát na adresu libor.becka@seznam.cz , nebo volat či sms na tel: 608 918 095.

Děkuji
S pozdravem
Libor Bečka

1. Vaše pohlaví?

☐ Muž
☐ Žena
☐ Ponechám bez odpovědi.

2. Na jaké pozici pracujete?
(Vyplňte prosím možnost, která nejlépe vystihuje Vaše pracovní zařazení, k němuž se vztahují odpovědi v tomto dotazníku.)

☐ Pracovník v přímé péči o klienty(asistent, terapeut, pečovatel, sestra, ošetřovatel, sanitář, fyzioterapeut, atp.)
☐ Sociální pracovník
☐ Střední management (vedoucí oddělení, služby, pobočky atp.)
☐ Vyšší a vysoký management (vedoucí více oddělení, služeb, ředitel atp.)
☐ Inspektor sociálních služeb
☐ Jiné
☐ Ponechám bez odpovědi.

3. Kolik let pracujete v sociálních službách? (Stačí přibližně. Pokud nechcete odpovídat ponechte prosím pole prázdné.)

……

4. Jaké máte vzdělání?

☐ Základní
☐ Střední (bez maturity)
☐ Úplné střední (s maturitou)
☐ Vyšší střední
☐ Vysokoškolské
☐ Ponechám bez odpovědi.

5. Kolika klientům poskytuje zařízení (domov, byt, stacionář, služba) ve kterém pracujete služby?

☐ Více než 100 klientů
☐ 40 – 99 klientů
☐ 15 – 39 klientů
☐ 1 – 15 klientů
☐ Ponechám bez odpovědi.

6. Jedná se o pobytovou službu?

☐ ANO (např. domovy, bydlení, týdenní stacionáře atd.)
☐ NE (např. podporované zaměstnávání, asistence při volnočasových aktivitách, poradenské služby atd.)
☐ Ponechám bez odpovědi.

7. Komu poskytujete služby?

☐ Výhradně lidem s mentálním postižením nebo demencí
☐ Mezi klienty jsou zastoupeni lidé s mentálním postižením nebo demencí i lidé bez mentálního postižení nebo demence
☐ Mezi klienty není nikdo s mentálním postižením nebo demencí
☐ Ponechám bez odpovědi.

8. Jak hluboce postižení jsou klienti s mentálním postižením nebo demencí ve Vaší službě? (Pokud není jedna skupina výrazně převažující, můžete zatrhnout **více odpovědí.**)

☐ Lehké mentální postižení (lehká demence)
☐ Středně těžké mentální (středně těžká demence)
☐ Těžké mentální postižení (těžká demence)
☐ Hluboké mentální postižení (těžká demence)
☐ Ponechám bez odpovědi.

9. Kdo a jak se v týmu pracovníků podílí na tvorbě služby kde pracujete? (formě a času poskytování služeb, vytváření pracovních metodik a předpisů, přetváření prostředí atd.)

☐ Pravidelně celý tým (vedoucí i podřízení), o všem probíhá otevřená diskuse.
☐ Vedení vymýšlí, podřízení připomínkují.
☐ Podstatné záležitosti určuje vedení, ostatní se podílejí jen na méně významných dílčích záležitostech.
☐ Prakticky vše řídí vedení, níže postavení pracovníci mají jen malou možnost se k podobě služby vyjadřovat.
☐ Ponechám bez odpovědi.

10. Myslíte si že komunikace podřízených a nadřízených na Vašem pracovišti probíhá v obou směrech? (Tedy nadřízení přijímají informace od podřízených a naopak.)

☐ Komunikace zpravidla probíhá oběma směry.
☐ Komunikace většinou probíhá oběma směry.
☐ Komunikace ve většinou probíhá směru nadřízení – podřízení.
☐ Komunikace zpravidla probíhá směrem nadřízení - podřízení.
☐ Ponechám bez odpovědi.
Pokud chcete, doplňte více.

11. Volí si klienti denní režim podle svého přání? Režim není dán jen řádem zařízení? (vstávání, jídlo, hygiena, vycházky, čas poskytování té nebo oné služby)

☐ Ne, prakticky vše je dáno řádem zařízení.
☐ Spíše ne, jen ve výjimečných a dílčích záležitostech.
☐ Spíše ano – podle možností
☐ Ano. Prakticky vždy a ve všem
☐ Ponechám bez odpovědi.

12. Stává se Vám, že v individuálním plánování není možné řešit zásadní otázky klientovy existence (opuštění zařízení, denní režim atd.) **a nezbývá než se zaměřit na malé cíle?** (budu se každý večer dívat na TV a o víkendu půjdu na koncert pořádaný v zařízení atd.)

- ☐ Ne, zásadní otázky klientovy existence se v individuálních plánech běžně řeší.
- ☐ Spíše ne, ale v některých plánech přesto není možno klientovi pomoci.
- ☐ Spíše ano, není mnoho prostoru jak klientovi pomoci v zásadnějších změnách.
- ☐ Ano, vše podstatné je dáno řádem zařízení.
- ☐ Otázka pro mne není relevantní, na individuálních plánech se nepodílím.
- ☐ Ponechám bez odpovědi.

13. Dostáváte se do situace, kdy si myslíte, že byste správně měli respektovat přání klienta, ale praktické podmínky v zařízení to neumožňují? (Například klient chce jít ven, ale je zrovna čas oběda a není dost pracovníků, aby zvládli oběd i asistenci na vycházce.)

- ☐ Ano
- ☐ Spíše ano
- ☐ Spíše ne
- ☐ Ne
- ☐ Otázka pro mne není relevantní, nepracuji v přímé péči o klienty.
- ☐ Ponechám bez odpovědi.

14. Máte adekvátní místo a vybavení, pro práci na specifických pracovních postupech dle standardů? (počítač, stůl pro zápisy individuálních plánů, místo kde lze s klientem v klidu plánovat bez přítomnosti dalších osob, prostor kde lze realizovat individuální přání klientů atd.)

- ☐ Ano
- ☐ Spíše ano
- ☐ Spíše ne
- ☐ Ne
- ☐ Otázka pro mne není relevantní, nepracuji v přímé péči o klienty.
- ☐ Ponechám bez odpovědi.

15. Máte dost času ve kterém lze pracovat na specifických pracovních postupech dle standardů? (např. čas na vytváření individuálních. plánů a čas kdy lze klientovi individuálně pomoci s jejich realizací atd.)

- ☐ Ano
- ☐ Spíše ano
- ☐ Spíše ne
- ☐ Ne
- ☐ Otázka pro mne není relevantní, nepracuji v přímé péči o klienty.
- ☐ Ponechám bez odpovědi.

16. Stává se při individuálním plánování, že klient, žádné nové plány nemá, ale stejně je nutné "něco vymyslet", aby bylo jak vykázat, že se skutečně plánovalo?

- ☐ Ano
- ☐ Spíše ano
- ☐ Spíše ne
- ☐ Ne
- ☐ Otázka pro mne není relevantní, na individuálních plánech se nepodílím.
- ☐ Ponechám bez odpovědi.

17. Dostáváte se při práci do situace, kdy nemůžete respektovat přání klienta, protože je klient není schopen vyjádřit, nebo je jeho přání nesmyslné?

- ☐ Ano
- ☐ Spíše ano
- ☐ Spíše ne
- ☐ Ne
- ☐ Otázka pro mne není relevantní, nepracuji v přímé péči o klienty.
- ☐ Ponechám bez odpovědi.

18. Setkáváte se ve své práci s tím, že je služba poskytována klientům jiných cílových skupin, než pro které je uzpůsobena?

- ☐ Ano
- ☐ Spíše ano
- ☐ Spíše ne
- ☐ Ne
- ☐ Ponechám bez odpovědi.

19. Setkáváte se při své práci s "prominentními " klienty? (Jeden klient si může z nějakého důvodu dovolit více než ostatní klienti.)

- ☐ Ano, je to běžný jev.
- ☐ Ano, setkal ale spíše výjimečně.
- ☐ Spíše ne, ale s určitými náznaky jsem se setkal.
- ☐ Ne, nesetkal jsem se s tímto jevem.
- ☐ Ponechám bez odpovědi.

20. Dostáváte se někdy do situace, kdy nemůžete respektovat vůli klienta protože odpovědnost za jeho jednání nesete Vy? (Například nemůžete respektovat jeho přání jít ven v nedostatečném oblečení, protože vy jste odpovědní za to aby nenastydl atp.)

- ☐ Ano
- ☐ Spíše ano
- ☐ Spíše ne
- ☐ Ne
- ☐ Otázka pro mne není relevantní, nepracuji v přímé péči o klienty.
- ☐ Ponechám bez odpovědi.

21. Kdo má ve Vašem zařízení konečnou odpovědnost za důsledky chování klienta? (Např. klient něco rozbije, způsobí si úraz.)

- ☐ Zpravidla pracovník
- ☐ Většinou pracovník
- ☐ Většinou klient
- ☐ Zpravidla klient
- ☐ Ponechám bez odpovědi.

22. Dostáváte se do situací, kdy nemůžete respektovat přání klienta z důvodu svých pracovních předpisů? (Například, klient chce jiné jídlo, než které mu předepisuje jeho dieta, ale pracovník je povinen podat mu jídlo dle předepsané diety. Nebo, Klient nechce sníst léky, ale vy jste odpovědní za jejich bezchybné podání.)

- ☐ Ano
- ☐ Spíše ano
- ☐ Spíše ne
- ☐ Ne
- ☐ Otázka pro mne není relevantní, nepracuji v přímé péči o klienty.
- ☐ Ponechám bez odpovědi.

23. Myslíte si že je ve Vašem zařízení, dostatečná podpora* k zajištění tělesných potřeb Vašich klientů? (jídlo, pití, čistota, pohyb a odpočinek atd..)
*Myšleno v čase kdy spolupracujete – klient je přítomen v zařízení, asistent přítomen u klienta atd.

- ☐ Ano
- ☐ Spíše ano
- ☐ Spíše ne
- ☐ Ne
- ☐ Otázka pro mne není relevantní.
- ☐ Ponechám bez odpovědi

24. Myslíte si že je ve Vašem zařízení, dostatečná podpora * k zajištění duševních potřeb Vašich klientů? (sociální vztahy, zájmy a záliby, možnost rozvoje atd.)
*Myšleno v čase kdy spolupracujete – klient jepřítomen v zařízení, asistent přítomen u klienta atd.

- ☐ Ano
- ☐ Spíše ano
- ☐ Spíše ne
- ☐ Ne
- ☐ Otázka pro mne není relevantní.
- ☐ Ponechám bez odpovědi

25. Rozumíte požadavkům standardů poskytování sociálních služeb na to, co a jak byste konkrétně měli ve své práci dělat?

- ☐ Ano
- ☐ Spíše ano
- ☐ Spíše ne
- ☐ Ne, ale vím co jsou to standardy poskytování sociálních služeb.
- ☐ Ne, nevím co jsou to standardy poskytování sociálních služeb.
- ☐ Ponechám bez odpovědi.

26. Máte pocit, že se Vám na Vašem pracovišti daří naplňovat standardy?

- ☐ Ano
- ☐ Spíše ano
- ☐ Spíše ne
- ☐ Ne
- ☐ Ponechám bez odpovědi.

27. Jak vnímáte standardy poskytování sociálních služeb, jako praktickou normu pro svou práci?

☐ Jsou dobré.
☐ Jsou spíše dobré.
☐ Jsou spíše špatné.
☐ Jsou špatné.
☐ Ponechám bez odpovědi.
☐ Je to jenom výmysl byrokratů.

Pokud chcete, doplňte více.

……

28. Pokud máte zájem o zaslání výsledků emailem (duben 2013) zadejte prosím NEPOVINNĚ libovolnou emailovou adresu. Pokud nemáte zájem, nechte pole prázdné.

……

29. Pokud chcete ještě něco dodat napište to sem.

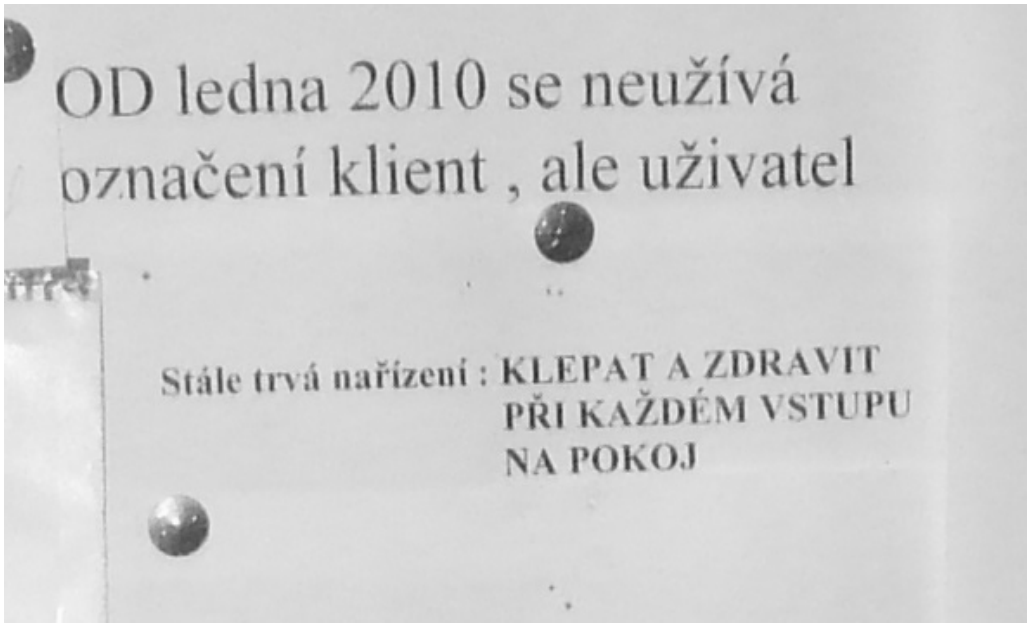
……

Děkuji za vyplnění dotazníku.

Přeji mnoho úspěchů v pracovním i v osobním životě. ☺

Libor Bečka

Příloha B - Fotografie 1 – Vývěska na nástěnce



BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Libor Bečka

Obor: Speciální pedagogika - vychovatelství

Forma studia: kombinované studium

Název práce: Standardy kvality sociálních služeb u osob s mentálním postižením

Rok: 2013

Počet stran textu bez příloh: 82

Celkový počet stran příloh: 8

Počet titulů českých použitých zdrojů: 15

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 1

Počet ostatních zdrojů : 6

Vedoucí práce: PaedDr. Stanislava Dyršmídová