



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Průběžná zpráva z výzkumu

Pracovní skupina III

Hodnocení kvality sociálních služeb prizmatem aktérů

2022

Jan Šiška, Pavel Čáslava, Zuzana Truhlářová, Jiří Kohout

Zpráva obsahuje hlavní zjištění, závěry a doporučení z výzkumných prací na projektu za období od roku 2019 do konce roku 2021 v rozsahu uvedeném v obsahu tohoto dokumentu.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Obsah

1. Manažerské shrnutí	5
1.1. Téma a cíl výzkumu, výzkumné otázky	5
1.2. Metodologie.....	5
1.2.1. Kvantitativní část.....	5
1.2.2. Kvalitativní část	6
1.3. Výsledky – služby sociální péče:.....	7
1.4. Výsledky - služby sociální prevence:	7
1.5. Závěry a doporučení:	8
2. Úvod	10
3. Cíle výzkumu a výzkumné otázky.....	15
4. Metodologie - kvantitativní výzkum	16
4.1. Výzkumný vzorek	17
4.1.1. Poskytovatelé.....	17
4.1.2. Veřejná správa	18
4.1.3. Uživatelé	18
4.2. Nástroj.....	19
4.2.1. Struktura dotazníku:	20
4.2.2. Reliabilita	23
4.2.3. Validita	24
4.3. Respondenti	26
4.3.1. Služby sociální péče	27
4.3.2. Služby sociální prevence	34
4.4. Postup a etická dimenze výzkumu.....	39
5. Výsledky II. část dotazníku – služby sociální péče.....	41
5.1. Charakter distribuce.....	41
5.2. Rozdíly mezi výběrovými skupinami v hodnocení domén	50
5.3. Preference v hodnocení domén výběrovými skupinami	51
5.4. Diskuze ke shodám a rozdílům v percepci kvality mezi skupinami.....	58
5.5. Rozdíly mezi výběrovými skupinami v hodnocení jednotlivých položek	61



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

6. Výsledky III. část dotazníku - služby sociální péče	66
6.1. Charakter distribuce.....	66
6.2. Rozdíly mezi skupinami v hodnocení domén.....	67
6.3. Porovnání hodnocení II. a III. části	68
7. Výsledky II. část dotazníku – služby sociální prevence	70
7.1. Charakter distribuce.....	70
7.2. Rozdíly mezi výběrovými skupinami v hodnocení domén	75
7.3. Preference v hodnocení domén výběrovými skupinami	76
7.4. Diskuze ke shodám a rozdílům v percepci kvality mezi skupinami.....	81
7.5. Rozdíly mezi výběrovými skupinami v hodnocení jednotlivých položek	83
8. Výsledky III. část dotazníku – služby sociální prevence	86
8.1. Charakter distribuce.....	86
8.2. Rozdíly mezi výběrovými skupinami v hodnocení domén	87
8.3. Porovnání hodnocení II. a III. části	88
9. Metodologie – kvalitativní část výzkumu.....	90
10. Výsledky kvalitativní části výzkumu	95
10.1. Ohniskové skupiny Poskytovatelé a Veřejná správa.....	95
10.1.1. Co je chápáno pod pojmem kvalita sociálních služeb?.....	95
10.1.2. Překážky při poskytování sociálních služeb	97
10.1.3. Námety k nastavení systému hodnocení sociálních služeb	99
10.1.4. Interpretace výzkumných zjištění na základě fokusních skupin	101
10.2. Ohnisková skupina Senioři	104
10.2.1. Postup tematické analýzy	104
10.2.2. Souhrn a interpretace výzkumných zjištění.....	107
10.2.3. Závěry.....	111
10.3. Ohnisková skupina lidé s mentálním postižením.....	112
11. Diskuze a závěry.....	118
11.1. Souhrn základních zjištění:.....	118
11.2. Zjištění ve světle perspektiv národních a evropských sociálních politik.....	122
11.3. Souvislosti našich zjištění se zákonným systémem kvality	126



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPOQ
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

11.4. Limity a další perspektivy	129
Literatura	131
Příloha 1. Subjekty šetření	135
Příloha 2. Návrh dotazníků služby sociální péče	140
Příloha 3. Položky dotazníku pro služby sociální péče	141
Příloha 4. Položky dotazníku pro služby sociální prevence	144
Příloha 5. Vnitřní konzistence a faktorová analýza dotazníku	146
Příloha 6. Odchylky položek od průměru	153
Příloha 7. Postup analýzy	160



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

1. Manažerské shrnutí

1.1. Téma a cíl výzkumu, výzkumné otázky

Výzkum se zabýval vnímáním strukturálně pojaté kvality sociálních služeb z perspektivy hlavních subjektů (stakeholderů). Subjekty byly identifikovány jako uživatelé sociálních služeb, poskytovatelé sociálních služeb a pracovníci veřejné správy obcí a krajů. Cílem výzkumu bylo popsat shody, rozdíly a preference ve vnímání kvality jednotlivými aktéry a přispět ke konsenzuální optimalizaci zákonného systému kvality¹. Výzkumné otázky byly v první části zaměřeny na shody a rozdíly v preferencích skupin stakeholderů v hodnocení oblastí - domén kvality, definovaných soubory indikátorů. Ve druhé části byly zkoumány preference skupin při zařazování oblastí kvality do standardů kvality. Plán výzkumu respektoval rozdílný charakter dvou hlavních druhů sociálních služeb, služeb sociální péče a služeb sociální prevence. Strategie byla zaměřena na získání dat v kvantitativní fázi a jejich verifikaci v navazující kvalitativní fázi (Delphi strategie).

1.2. Metodologie

1.2.1. Kvantitativní část

Výzkumným nástrojem byl dotazník, který obsahoval položky popisující jednotlivé indikátory kvalit strukturálně uspořádaných do sedmi skupin, dílčích faktorů, pojmenovaných jako domény kvality: Sociální oblast, Subjektivní kvalita života, Zdravotní péče, Organizace, Kontext, Kvalita prostředí a Etika. Položky - indikátory byly formulovány na základě analýzy

¹ Zákonný systém kvality se obvykle chápe jako soustava v legislativě zakotvených prostředků, jejichž úkolem je zajistit určitou, státem garantovanou úroveň kvality sociálních služeb. Mezi jeho části se počítají podmínky registrace, povinnosti poskytovatelů sociálních služeb, standardy kvality a inspekce poskytování sociálních služeb. v širším slova smyslu by bylo do tohoto systému také možné zahrnovat předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách. Tato práce je především zaměřena na část systému, které se týkají pojetí kvality a jeho souvislostmi se standardy kvality včetně způsobů hodnocení kvality.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

evropských a domácích modelů kvality. Všichni respondenti nejdříve skórovali jejich důležitost pro kvalitu na pětibodové škále Likertova typu a následně veřejná správa a poskytovatelé hodnotili důležitost položek pro zařazení do standardů kvality. Byly vytvořeny ekvivalentní verze pro oba hlavní druhy služeb a varianty pro cílové skupiny uživatelů s obtížemi v kognitivní oblasti (tzv. easy to read). Byla ověřena dobrá vnitřní konzistence (Cronbachovo alfa) a konstruktová validita (faktorová analýza).

Dotazníky byly distribuovány poskytovatelům a veřejné správě online v průběhu června a července 2019. ve stejném období byly vyškolenými asistenty distribuovány dotazníky pro uživatele. V oblasti služeb sociální péče obsahoval vzorek 217 poskytovatelů, vzorek veřejné správy 249 respondentů a 205 uživatelů. V oblasti služeb sociální prevence vzorek obsahoval 290 poskytovatelů, 172 zaměstnanců veřejné správy a 55 uživatelů.

Byla provedena statistická analýza získaných dat napříč škálami (Friedmanův test + Nemenyiho post hoc test) a napříč skupinami (Kruskallův-Wallisův, Mann-Whitneyův test a Dunnův post hoc test). Korelace mezi hodnocením důležitosti pro kvalitu a důležitost pro inkluzi do zákonného systému kvality byla ověřena Pearsonovým a Spermannovým korelačním koeficientem s následným testem signifikance.

1.2.2. Kvalitativní část

Kvalitativní část byla založena na strukturovaných diskuzích ve čtyřech ohniskových skupinách stakeholderů. První dvě skupiny byly smíšené, tvořené ze zástupců poskytovatelů a pracovníků veřejné správy. Třetí skupiny byla tvořena klienty sociálních služeb pro seniory, čtvrtá byla složena s klientů ve službě pro zdravotně postižené.

Diskuze byly zaměřeny na vnímání kvality účastníky skupin. Záznamy diskuzí byly podrobeny analýze témat.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

1.3. Výsledky – služby sociální péče:

V první části výzkumu byly nalezeny signifikantní rozdíly v hodnocení důležitosti jednotlivých oblastí kvality aktéry.

Byla zjištěna specifická hierarchie preference důležitosti domén, kterou je možné popsat ve třech úrovních od nejvyšší po nejnižší. Všechny skupiny preferovaly Subjektivní kvalitu na první, nejvyšší úrovni. Obraz hierarchie poskytovatelů ukazoval na určité pragmatické zaměření zastoupením domén Organizace a Etika rovněž na nejvyšší úrovni, naproti tomu doména Zdravotní péče byla na třetí, nejnižší úrovni. Skupina veřejné správy preferovala nejvýše kromě Subjektivní kvality života také doménu Zdravotní péče. V hodnocení uživatelů se Kvalita života objevuje na nejvyšší úrovni preference spolu s doménou Kvalita prostředí.

Dále byla podrobněji zjišťována preference jednotlivých položek skupinami, která poskytla další kontury obrazu specifického vnímání kvality stakeholdery. v doméně Sociální oblast se všechny skupiny shodly na preferenci položek *Rychlé a účinné přizpůsobení péče změnám klientova stavu a Schopnost účinně a eticky vhodně řešit projevy klientů spojených s projevem demence*. v doméně Zdravotní péče byla položka *Služba je schopna poskytnout paliativní péči* preferována veřejnou správou a uživateli. Nejvyšší shoda na preferencích byla nalezena v doméně Subjektivní kvality života. Vysoká shoda preferencí byla nalezena také v oblasti Etika.

Druhá část výzkumu ukázala na kontrast mezi vysokou důležitostí oblasti Subjektivní kvality života a její nízkou důležitostí pro zařazení do standardů kvality v hodnocení skupin poskytovatelů a veřejné správy. Signifikantní rozdíl se zdá reflektovat převládající praxi hodnocení kvality prostřednictvím procesních indikátorů a malou důvěru v hodnocení podle výsledků služby, která pramení z nedostatku validních nástrojů.

1.4. Výsledky - služby sociální prevence:

V první části byly nalezeny stejně jako ve službách sociální péče signifikantní rozdíly v hodnocení důležitosti jednotlivých oblastí kvality aktéry. Zjištění o dominantní preferenci



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Kvality života poskytovatelů se prokázalo rovněž. Obdobně byly zjištěny hierarchie oblastí, unikátní pro každou skupinu aktérů. Ve druhé části byla rovněž zjištěna nízká korelace mezi hodnocením důležitosti pro kvalitu a inkluzí do části zákonného systému kvality, jíž jsou standardy kvality.

1.5. Závěry a doporučení:

1. Statisticky významné rozdíly v hodnocení důležitosti domén pro kvalitu skupinami aktérů a zjištěná vlastní hierarchie preferencí každé skupiny potvrdily specifickou perspektivu pohledu hlavních aktérů na kvalitu sociální služby. Doporučení: Při eventuální revizi zákonného systému² kvality zvážit konsenzuální přístup respektující preference stakeholderů.
2. Přes odlišnosti ve vnímání aktérů byla nalezena shoda v preferenci **Subjektivní kvality života** klientů. Vnímání uživatelů je pak specifické svým zaměřením na výsledky služby zejména v oblasti vztahů. Avšak velmi nízká korelace s inkluzí této kvality do zákonného systému (standardů kvality) poskytovateli a veřejnou správou naznačuje ambivalenci postojů aktérů. Doporučení: Rozvíjet validní a spolehlivé nástroje, které by umožnily širší využití hodnocení výsledků služby v celkovém hodnocení kvality.
3. Zkoumání na úrovni jednotlivých položek-indikátorů kvality a závěry kvalitativního šetření přinesly poznatky o preferencích aktérů na úrovni konkrétních výsledků služby. Doporučení: Při eventuální revizi zákonného systému kvality zvážit explicitní vyjádření požadavků inspirovaných zjištěními tohoto výzkumu, jako kritéria kvality, spíše než užití obecných formulací či odkazů na abstraktně pojatá lidská práva.
4. Domény **Subjektivní kvalita života klientů**, **Kvalita zdravotní péče** a doména **Kontext**, nejsou implicitně vyjádřeny v zákonném systému kvality, avšak výsledky šetření potvrzují,

² Máme na mysli především standardy kvality a způsob hodnocení kvality



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

že jsou aktéry vnímány jako důležitá součást kvality sociální služby. Doporučení: Při eventuální revizi zákonného systému zvážit jeho integrovanější pojetí respektující mezioborový charakter sociálních služeb.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

2. Úvod

Jedním z poslání sociálních služeb je přispívat ke zvyšování kvality života těch, kteří jsou více či méně závislí na podpoře poskytované jinou osobou. Jak sociální služby toto poslání naplňují je mezinárodně diskutovanou otázkou více než dvacet let.

Obtížnost hodnocení procesů a výsledků sociálních služeb vyplývá mimo jiné z rozmanitosti názorů na to, co je vlastně kvalitní a jak tuto kvalitu formulovat do jasné a obecně závazné normy. Neméně významným faktorem ovlivňujícím přístupy k hodnocení kvality sociálních služeb jsou vnější činitelé, mezi které patří například kulturní, sociální a politické determinanty či to, jak byly služby v minulosti organizovány. Donabedian (1966, 1980) doplňuje, že klíčovým ukazatelem kvality služeb by měly být zejména výsledky, s nimiž se uživatelé setkávají. Konceptualizace „dobrého výsledku“ je nicméně předmětem debat. Aby bylo možné dosáhnout a porozumět výsledkům, jako je kvalita života, Donabedian doporučuje hodnotit také procesy (tj. postupy používané těmi, kdo poskytují podporu) a strukturu (např. politiky a postupy, fyzické prostředí, počet zaměstnanců, zdrojů, dovedností a postojů pracovníků, školení atd.) přítomných v systému.

I v České republice je kvalita v sociálních službách často skloňovaným tématem. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách (dále též zákon 2006) vstoupil v platnost s vysokým očekáváním všech aktérů – poskytovatelů sociálních služeb, tvůrců politik, zástupců veřejné správy, stejně jako těch, kteří hájili zájmy uživatelů sociálních. Nový právní rámec sociálních služeb byl považován za potřebnou hybnou sílu a za katalyzátor změny směřující k posílení právního a sociálního postavení uživatelů a ke zvyšování kvality sociálních služeb. Reagoval na tehdejší již zcela nevyhovující právní rámec sociálních služeb z 80. let dvacátého století, který mj. neobsahoval lidskoprávní agendu včetně práva uživatele na sebeurčení a neřešil také otázku kvality poskytované sociální služby. Od roku 1988 do účinnosti zákona o sociálních službách byly služby sociální péče (tehdejší terminologie) poskytovány hlavně na základě rozhodnutí příslušného veřejnoprávního orgánu. Jednalo se o právní institut, který je typický



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

nerovnoprávným postavením obou subjektů. Občan vystupoval v roli žadatele – a příslušný orgán veřejné správy svým rozhodnutím tomuto občanu službu potvrdil (Michalík, 2008).

Výchozím hlediskem kvality sociální služby je naplňování lidských práv uživatele. Zde uvedme zejména Úmluvu o právech se zdravotním postižením OSN, 2006, která například v článku 19 upravuje právo na nezávislý způsob života, na zapojení do společnosti a deklaruje možnost osob se zdravotním postižením zvolit si, na rovnoprávném základě s ostatními, místo pobytu, kde a s kým budou žít a nebyly nuceny žít ve specifickém prostředí. Zákon 2006 pak stanoví, že: *„rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. 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“*. Zejména tyto principy byly považovány za hybnou sílu změn potřebných pro kultivaci kvality péče a deinstitucionalizaci.

Přes nepochybná zlepšení, například v životních podmínkách v rezidenčních službách, byl již od počátku účinnosti zákona nezřídka zpochybňován reálný dopad systému kontroly kvality sociálních služeb jako klíčového facilitátora změny (Šiška & Čáslava, 2021; Kocman & Paleček, 2013). Z řady zpráv odborných ad hoc komisí, z výstupů konferencí, z odborných článků na téma kvality poskytování sociálních služeb lze rovněž vysledovat některé relativně jednotné závěry. Patří mezi ně jistá absence objektivit závěrů inspekčních týmů (Hort V. 2017). V širší rovině je to pak rozmanitost názorů různých aktérů na fenomén kvality, na to, kdo by měl kvalitu posuzovat, v jakých oblastech a podle jakých hledisek.

Máme za sebou více než jedno desetiletí zkušeností se zákonným systémem kvality³, definovaném v právních předpisech o sociálních službách. Kvintesence této zkušenosti je

³ Zákon o sociálních službách 108/2006 obsahuje v §99 ustanovení o standardech kvality a v odst. 3. stanovuje, že konkrétní standardy kvality a jejich hodnocení budou obsaženy ve vyhlášce. Ačkoliv znění standardů není v zákoně výslovně uvedeno, je jejich vymáhání tímto zákonem umožněno, viz § 88, odst. h)



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

v dokumentu o národní strategii rozvoje sociálních služeb vyjádřena jako potřeba určité změny: „Požadavky na kvalitu je nezbytné upravit, tak aby byly srozumitelné, doložitelné a objektivní (MPSV 2020). v tomto směru může být inspirací evropská a domácí praxe používání standardizovaných přístupů, které požadavky kvality operacionalizují do definovaných kritérií a ověřitelných indikátorů jejich plnění. Příkladem takového přístupu může být projekt *Quality Management by Result-oriented Indicators - Towards Benchmarking in Residential Care for Older People* (Hoffmann, F., Leichsenring K., 2010), který používá 94 měřitelných ukazatelů, jimiž se hodnotí kvalita péče v pěti klíčových oblastech: kvalita ošetrovatelské péče (uživatelé, zaměstnanci), kvalita života (uživatelé, zaměstnanci), řízení/vedení (management, zaměstnanci), ekonomika (management, zřizovatel), kontext (sociální okolí, legislativa). Důležitým inovativním prvkem tohoto projektu je, že hodnocení probíhá z pohledu všech účastníků procesu poskytování služby, tedy z perspektivy uživatelů, zaměstnanců, managementu, zákonných zástupců a rodinných příslušníků. Jiným příkladem může být nedávná snaha Evropského výboru pro normalizaci o vytvoření Evropského standardu péče a podpory pro seniory, který se snaží definovat znaky kvality v oblastech tak, aby pokrývaly všechny hlavní oblasti procesu poskytování služby.

Hledáme-li inspiraci pro potřebné změny v systému řízení kvality, je třeba porozumět tomu, jak kvalitu sociální služby vnímají sami aktéři a na jaké oblasti či domény je třeba se podle nich zejména zaměřit. Svůj úhel pohledu na kvalitu služby bude mít regulátor z oblasti veřejné správy, jiný pohled poskytovatel. Odlišnou perspektivu může mít uživatel služeb anebo jeho blízcí. Převládne-li v konceptu kvality jednostrannost, může být výsledkem akcentování pouze určitých stránek kvality a zároveň ignorování jiných. Existuje pak riziko,

dodržovat standardy kvality je jedna z povinností poskytovatelů sociálních služeb. Abychom odlišili tyto standardy od jiných systémů, budeme v tomto textu používat termín „zákonné standardy kvality“ jako autorskou licenci.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

že některé oblasti služby budou zanedbány či opomíjeny ke škodě těch, kterým je služba poskytována. Vzniklé mezery, či „slepé skvrny“ v koncepci kvality sociálních služeb mohou působit jako brzda jejího rozvoje. Cestou, jak se vyhnout mezerám v pojetí kvality, je hledání konsensu, „společného porozumění kvalitě“ (Jabůrková, Mátl 2007). Podobným směrem se vydali autoři britské studie z roku 2015 (Pittam et al. 2015). Provedli dotazníkové šetření mezi poskytovateli, pracovníky veřejné správy a uživateli s cílem zjistit, jak tito aktéři vnímají kvalitu péče a jaké znaky či domény kvality považují za zejména důležité. Autoři hledali při tvorbě dotazníku společné, všeobecně uznávané, konsenzuální aspekty kvality. Respondentům byl pak předložen dotazník o 72 položkách rozdělených do pěti oblastí. Výsledky dotazníkového šetření byly následně ověřovány v diskuzích ohniskových skupin.

Autoři zjistili největší shodu napříč aktéry v oblasti bezpečí. Respondenti například referovali, že považují za velmi důležité, aby se klienti i zaměstnanci cítili bezpečně a organizace poskytující péči měla účinné procedury, jak bezpečnost zajistit. Respondenti také velmi relativně vysoko hodnotili oblast individuálně zaměřené péče, zejména v položkách respektu ke klientům a uznání jejich individuality. Vysoko hodnocené otázky se týkaly také například pocitu emocionální podpory ze strany personálu, důvěryhodnosti, respektování soukromí a znalosti osobní historie klienta.

Některé inspirativní myšlenky nalzááme ve zdravotnictví. Například Brownová (2007) zdůrazňuje obecnou potřebu nejprve dosáhnout konsensu napříč zdravotnickým sektorem o tom, co znamená kvalita pro klíčové zúčastněné strany. Mezi ně patří poskytovatelé služeb, regulační orgány, které definují kvalitu služeb, a pacienti, kteří služby využívají. Podle McGlynn (1997) totiž pacienti, poskytovatelé péče a investoři definují kvalitu odlišně a mohou se lišit v jejich názorech na to, jak by měla být hodnocena: „Kvalita je do určité míry v očích pozorovatele“ (s. 1). Stichler a Weiss (2001) si všimli různých významů, které má kvalita pro pacienty a pro odborníky. Odborníci mají tendenci definovat kvalitu v rámci odborných standardů péče, pacienti popisují mezilidské aspekty péče a schopnost personálu reagovat



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

na jejich potřeby. Také podle Donabedian (1980, 1988) musí koncept kvality obsahovat kritéria, která jsou přijatelná a úplná pro všechny.

Pittam a kol. (2015) identifikovali to, co bylo považováno poskytovateli služeb, úředníky státní správy, uživateli služeb a jejich rodinami za důležité při hodnocení kvality služby. v této studii zúčastněné strany hodnotily jako nejdůležitější oblast kvality bezpečnost a péči zaměřenou na člověka. Autoři navíc zdůrazňovali, že pro hlubší pochopení kvality je důležité znát názory všech zúčastněných i přesto, že to vytváří určité obtíže.

Závěrem lze říci, že oblasti, které se používají k vymezení kvality sociální služby, by měly být považovány za významné a přijatelné pro všechny zúčastněné. Domníváme se také, že vývoj nových systémů hodnocení kvality by měl začít systematickým rozpoznáváním podobností a rozdílů ve vnímání kvality zúčastněnými stranami. Porozumět složitému fenoménu kvality z perspektivy jednotlivých aktérů systému sociálních služeb, identifikovat případné inkongruence, chybějící oblasti či témata a hledat konsenzus je cílem pracovní skupiny pro monitoring zákonného systému kvality, která je jedním z týmů Individuálního projektu MPSV *Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb*.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

3. Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Výzkum byl zaměřen na vnímání kvality sociálních služeb z perspektivy hlavních subjektů účastnících se procesu poskytování. Pojem kvality byl vymezen do tematických oblastí, které byly popsány jako domény. Subjekty byly identifikovány jako uživatelé sociálních služeb, poskytovatelé sociálních služeb a pracovníci veřejné správy obcí zabývající se agendou regulace sociálních služeb. Cílem výzkumu bylo popsat shody, rozdíly a preference ve vnímání kvality jednotlivými aktéry a přispět ke konsenzuální optimalizaci zákonného systému kvality. v první části byl výzkum zaměřen na vnímanou důležitost jednotlivých domén a zjištění preferencí jednotlivých skupin stakeholderů. v druhé části byla zkoumána preference domén k jejich zahrnutí do standardů kvality.

Z cíle vyplývající výzkumné otázky byly definovány takto:

1. Jaké jsou rozdíly ve vnímání důležitosti domén napříč skupinami?
2. Jaká je relativní důležitost domén napříč jednotlivými skupinami?
3. Jaká je vnímaná důležitost jednotlivých položek napříč skupinami?
4. Jaké jsou rozdíly mezi skupinami ve vnímání důležitosti jednotlivých domén pro zařazení do standardů kvality?
5. Jaká je vzájemná vazba mezi vnímanou důležitostí a preferencí k zařazení do standardů u jednotlivých skupin stakeholderů ?



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

4. Metodologie - kvantitativní výzkum

Kvantitativní část výzkumu byla založena na průřezovém dotazníkovém šetření souboru zahrnujícího tři skupiny hlavních stakeholderů – subjektů, které mají zájem na kvalitě sociálních služeb vyplývajících z jejich statusu a role v procesu poskytování; poskytovatelé, pracovníci veřejné správy a uživatelé. Dotazník obsahoval položky, výroky obsahující indikátory nebo kritéria kvality, které byly organizovány do témat vyjadřujících oblasti, domény kvality. Respondenti posuzovali důležitost položek pro kvalitu na pětibodové škále. Šetření respektovalo základní druhy sociálních služeb a bylo vedeno dvěma směry. Jedna část byla zaměřena na služby sociální péče a druhá na služby sociální prevence. Rozdílům mezi těmito základními druhy byly přizpůsobeny nástroje výzkumu, dotazníky. Status subjektů je definován jejich postavením v procesu poskytování sociálních služeb a jejich role je vymezena vztahem, který zaujímají k ostatním subjektům procesu, jejich právy, povinnostmi a očekávaným chováním, podle Šanderové J, Sociální stratifikace: Problém, vybrané teorie, výzkum (2000). Status a role subjektů v procesu poskytování pomoci sociální služby jsou podrobně popsány legislativními prostředky v zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb. a v souvisejících právních předpisech, zejména v prováděcí vyhlášce MPSV č. 505/2006 Sb. Těmito subjekty jsou: a) veřejná správa, tj. orgány státní a veřejné správy s působností v oblasti sociálních služeb na úrovni obcí s rozšířenou působností, na úrovni krajských úřadů, b) registrovaní poskytovatelé sociálních služeb, c) a uživatelé sociálních služeb, fyzické osoby využívající jednotlivé druhy a formy sociálních služeb z důvodu nepříznivé sociální situace. Subjekty jsou popsány podrobněji v **Příloze 1**. Výběry z jednotlivých souborů subjektů byly šetřeny skupinami výzkumu.

Získaná data byla vyhodnocena popisnou statistikou a následně podrobena statistickým metodám pro testování statistické významnosti rozdílů mezi skupinami stakeholderů v hodnocení domén (Kruskall-Wallis, Mann-Whitney) a významnosti rozdílů mezi oblastmi kvality u každé skupiny stakeholderů (Nemenyi). Dále byla testována významnost odchylek



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

jednotlivých položek od průměru (jedno-výběrový t-test). Ke zjištění vzájemné vazby mezi oběma druhy hodnocení byl stanoven Pearsonův korelační koeficient.

Podrobný popis metodologie kvantitativního výzkumu popisují následující tři kapitoly této zprávy: **Výzkumný vzorek, Nástroj, Postup a etická dimenze výzkumu.**

Zjištění kvantitativního výzkumu byla následně ověřována a doplňována během kvalitativní fáze, která spočívala ve sbírání dat v průběhu strukturovaných diskuzí ohniskových skupin složených ze zástupců jednotlivých stakeholderů.

4.1. Výzkumný vzorek

4.1.1. Poskytovatelé

1. redukce – druhy služeb

Zákon o sociálních službách stanoví tři základní druhy služeb, odborné sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Celkem existuje 33 druhů služeb, z toho 13 druhů služeb sociální péče, 18 druhů služeb sociální prevence a odborné sociální poradenství. Vzhledem k vysokému počtu služeb (více než 5000) bylo nutno provést jejich redukci. První redukce byla provedena na úrovni druhů. Do výběru služeb nebyly zahrnuty málo početné a velmi specifické druhy služeb: Následující tabulky ukazují rozložení výběru ze dvou pohledů, z hlediska redukovaného počtu druhů a z hlediska počtu služeb v redukovaném počtu druhů:

Tab. 1 Výběr z hlediska druhů služeb

	Počet	%
Původní počet druhů celkem	33	100
Redukovaný počet druhů celkem (vzorek)	19	60
Původní počet druhů sociální péče	13	100
<i>Redukovaný počet druhů sociální péče</i>	<i>10</i>	<i>76,92</i>
Původní počet druhů sociální prevence	18	100



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

<i>Redukovaný počet druhů sociální prevence</i>	9	50
---	---	----

Tab. 2 Výběr z hlediska počtu registrovaných služeb

		%
Původní počet služeb celkem	5590	100
Redukovaný počet služeb celkem	4101	73,36
Původní počet služeb sociální péče	3030	100
<i>Redukovaný počet služeb sociální péče</i>	<i>2686</i>	<i>88,65</i>
Původní počet služeb sociální prevence	2024	100
<i>Redukovaný počet služeb sociální prevence</i>	<i>879</i>	<i>43,43</i>

2. redukce (počtu vybraných služeb)

Výsledkem redukce druhů služeb prevence byl akceptovatelný vzorek 879 služeb. Avšak počet druhů sociální péče by obsahoval stále příliš vysoký počet jednotlivých registrovaných služeb, takže bylo nutno provést další výběr (2. redukci). Byl proveden náhodný stratifikovaný výběr v jednotlivých druzích na celkový počet 1000 služeb sociální péče ve výsledném vzorku. Konečný vzorek představuje celkem 1879 služeb obojího druhu, což reprezentuje jednu třetinu původního souboru registrovaných služeb (33,6 %).

4.1.2. Veřejná správa

V případě skupiny veřejné správy se vzorek rovnal základnímu souboru. Soubor tvořily všechny obecní úřady s rozšířenou působností a všechny krajské úřady, celkem 218 subjektů. Dotazník byl adresován zaměstnancům sociálních referátů těchto úřadů, kteří mají ve své agendě sociální služby, viz podrobněji **Příloha 1**. Této skupině byly adresovány dotazníky obou směrů šetření, sociální péče i prevence.

4.1.3. Uživatelé

Služby sociální péče: Záměrem bylo oslovit uživatele v základních, nejčastěji využívaných druzích pobytových a terénních sociálních služeb a neopomenout při tom dva



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

specifické druhy služeb, které představují hlavní alternativy pro převod klientů transformovaných pobytových služeb do služeb komunitního typu, chráněné bydlení a podpora samostatného bydlení. Cílem bylo získat srovnatelný počet respondentů z obou velkých cílových skupin služeb sociální péče, seniorů a osob se zdravotním postižením.

Služby sociální prevence: Šetření se soustředilo na respondenty z cílové skupiny klientů nejčastějšího druhu služeb sociální prevence, azylových domů. Podrobněji v **Příloze 1**.

4.2. Nástroj

Pro potřebu obou směrů šetření byly vytvořeny 2 základní formy dotazníků, jeden pro služby sociální péče a druhý pro služby sociální prevence. Obě základní formy dotazníky obsahovaly podobné položky, avšak jejich obsah a formulace byly upraveny tak, aby respektovaly skutečnost, že cíle a podmínky obou základních druhů sociální služby se liší a jejich poskytování vyžaduje specifické metody a postupy práce.

Důvodem pro další diferenciaci obou základních forem dotazníků jsou rozdíly ve statusu, rolích a komunikačních možnostech jednotlivých výběrových skupin. Uvedené rozdíly vedly k vytvoření několika variant obou základních forem, a to zvláště pro výběrové skupiny poskytovatelů, veřejné správy a uživatele. Varianty pro uživatele jsou navíc formulačně přizpůsobené uživatelům s možnými obtížemi v kognitivní oblasti (varianty easy to read) a také ostatní klientele bez těchto obtíží (varianty standard). Všechny varianty dotazníků jsou ekvivalentní v položkách definujících kvalitu, které tvoří jádro šetření. Celkově bylo vytvořeno 8 variant, 4 pro služby sociální prevence a 4 pro služby sociální péče. Následující tabulka ukazuje přehled všech 8 variant.

Tab. 3 Varianty dotazníku

	Základní druhy	
	Sociální péče	Sociální prevence



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Varianty	Poskytovat	Veřejná správa	Uživatelé easy to read	Uživatelé standard	Poskytovat.	Veřejná správa	Uživatelé easy to read	Uživatelé standard
-----------------	------------	----------------	------------------------	--------------------	-------------	----------------	------------------------	--------------------

Ve vlastním šetření pak bylo použito z technických a organizačních důvodů pouze 7 variant, v části šetření služeb sociální prevence byla pro uživatele použita pouze varianta dotazníku Uživatelé standard.

4.2.1. Struktura dotazníku:

Dotazník obsahoval tři části. První část byla zaměřena na sběr informací o respondentovi. V této části se varianty lišily zejména v otázkách na status respondenta. Druhá část byla zaměřena na zjištění důležitosti jednotlivých položek pro kvalitu. Třetí část byla zaměřena na posouzení položek z hlediska důležitosti pro obsah standardů kvality. Druhá a třetí část tvořily jádro šetření pro zodpovězení výzkumných otázek.

Základem druhé a třetí části, tvořících jádro šetření, byly identické položky popisující jednotlivé složky nebo projevy kvality sociální služby posuzované respondenty v obou částech ze dvou různých úhlů pohledu, jejich důležitosti pro kvalitu a jejich důležitosti pro zařazení do standardů kvality. Položky byly rozděleny podle svého obsahu do skupin vyjadřujících oblasti kvality, tzv. domény. Seznam domén a jednotlivých položek variant dotazníků pro služby sociální péče a sociální prevence viz podrobněji Příloha 3 a Příloha 4.

Položky dotazníku ve druhé části byly shodné ve variantách pro poskytovatele a veřejnou správu a ekvivalentní ve variantách pro uživatele. Respondenti byli v této části žádáni o posouzení důležitosti každé položky pro kvalitu služby na pětibodové škále Likertova typu. Tato část dotazníku byla zaměřena na zjištění shod a rozdílů v chápání kvality jednotlivých výběrových skupin.

Třetí část obsahovaly pouze dotazníky obou forem ve variantách určených pro poskytovatele a veřejnou správu. Respondenti byli požádáni, aby na pětibodové škále



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

vyjádřili míru souhlasu, zda má být příslušná položka obsažena v požadavcích zákonných standardů kvality.

Dotazníky určené pro uživatele služeb sociální péče byly vytvořeny ve dvou formách, jedna pro uživatele bez obtíží v poznávací oblasti (forma Standard) a druhá ve formátu Easy to read pro uživatele s obtížemi v poznávací oblasti (forma ETR).

Podrobný popis skladby jednotlivých variant ukazuje následující schéma:

Tab. 4 Popis variant

		Základní druhy							
		Sociální péče				Sociální prevence			
		Poskytovat.	Veřejná správa	Uživatelé easy to read	Uživatelé standard	Poskytovat.	Veřejná správa	Uživatelé easy to read	Uživatelé standard
1. část	obsah	specifický pro poskytovat.	specifický pro veřej. správu	specifický pro uživatele, stejný pro všechny uživatele sociální péče, formulačně přizpůsobený		specifický pro poskytovat.	specifický pro veřejnou správu	specifický pro uživatele, stejný pro služby sociální prevence, formulačně přizpůsobený	
2. část (jádro dotazníku)	obsah	stejný pro služby sociální péče		stejný pro všechny uživatele sociální péče, formulačně přizpůsobený	stejný pro služby sociální prevence		stejný pro všechny uživatele sociální prevence, formulačně přizpůsobený		
	D1 Sociální péče (oblast)	11 položek, shodných pro 2. a 3. část		11 položek	8 položek, shodných pro 2. a 3. část		8 položek		
	D1 Sociální péče (oblast)	9 položek, shodných pro 2. a 3. část		9 položek	4 položky, shodné pro 2. a 3. část		4 položky		



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

	D3 Zdravotní péče	6 položek, shodných pro 2. a 3. část	6 položek	2 položky, shodné pro 2. a 3. část	2 položky
	D 4 Organizace procesy	6 položek, shodných pro 2. a 3. část	0	6 položek, shodných pro 2. a 3. část	0
	D5 Kvalita prostředí	4 položky, shodné pro 2. a 3. část	4 položky	2 položky, shodné pro 2. a 3. část	2 položky
	D6 Kontext	5 položek, shodných pro 2. a 3. část	0	5 položek, shodných pro 2. a 3. část	
	D7 Etika	10 položek, shodných pro 2. a 3. část	11 položek	8 položek, shodných pro 2. a 3. část	8 položek
	Celkem 7 domén	<i>Celkem 51 položek</i>	<i>Celkem 41 položek</i>	<i>Celkem 35 položek</i>	<i>Celkem 24 položek</i>
3. část	D1 Sociální péče	11 položek, shodných pro 2. a 3.	0	8 položek, shodných pro 2. a 3. část	0
	D2 Subjektivní kvalita života klientů	9 položek, shodných pro 2. a 3. část	0	4 položky, shodné pro 2. a 3. část	0
	D3 Zdravotní péče	6 položek, shodných pro 2. a 3. část	0	2 položky, shodné pro 2. a 3. část	0
	D 4 Organizace procesy	6 položek, shodných pro 2. a 3. část	0	6 položek, shodných pro 2. a 3. část	0
	D5 Kvalita prostředí	4 položky, shodné pro 2. a 3. část	0	2 položky, shodné pro 2. a 3. část	0
	D7 Etika	10 položek, shodných pro 2. a 3. část	0	8 položek, shodných pro 2. a 3. část	0
	Celkem 6 domén	<i>Celkem 46 položek</i>	0	<i>Celkem 30 položek</i>	0



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

4.2.2. Reliabilita

Spolehlivost dotazníku definovaná a ověřovaná jako vnitřní konzistence jeho položek. Ta byla určována prostřednictvím hodnoty Cronbachova alfa počítaného ze vzájemných polychorických korelací jednotlivých položek zvláště pro každou skupinu stakeholderů, typ sociálních služeb (prevence vs. péče) a škálu dotazníku odpovídající doménám. Rovněž byla zjišťována vnitřní konzistence dotazníků pro každou skupinu jako celku.

Tabulka 5. Vnitřní konzistence dotazníku – hodnoty tzv. Cronbachova alfa pro jednotlivé škály a skupiny stakeholderů dle typu služeb.

	Služby sociální prevence			Služby sociální péče		
	Veřejná správa	Poskytovatelé	Uživatelé	Veřejná správa	Poskytovatelé	Uživatelé
<i>D1 Sociální péče</i>	0,90	0,78	0,30	0,88	0,93	0,82
<i>D2 Subjektivní kvalita života uživatelů</i>	0,90	0,91	0,49	0,93	0,89	0,72
<i>D3 Zdravotní péče</i>	0,97	0,91	0,37	0,91	0,88	0,71
<i>D4 Management</i>	0,91	0,85	--	0,92	0,93	--
<i>D5 Kvalita prostředí</i>	0,91	0,67	0,83	0,82	0,85	0,42
<i>D6 Kontext</i>	0,87	0,86	--	0,87	0,86	--
<i>D7 Etika</i>	0,92	0,87	0,56	0,95	0,92	0,82
<i>Dotazník jako celek</i>	0,97	0,94	0,73	0,97	0,97	0,91

Tabulka ukazuje hodnoty velmi vysoké vnitřní konzistence u veřejné správy a poskytovatelů jak v případě služeb sociální prevence, tak i sociální péče. Hodnoty Cronbachova alfa pro celý dotazník zde byly vysoko nad 0,9 a i u jednotlivých škál byly zaznamenány v naprosté většině případů čísla nad 0,8, což svědčí o vysoké úrovni vnitřní konzistence. Nižší avšak dostatečná míra konzistence byla nalezena u dotazníků pro uživatele, kde dotazník jako celek vykazoval Cronbachovo alfa větší než 0,7 jak u varianty pro služby prevence, tak i u péče, vnitřní konzistence některých škál však byla zřetelně nižší, jak ukazuje



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

tabulka. To je zřejmé především u sociální prevence. Nižší hodnoty mohou souviset s poměrně nízkým počtem respondentů v této skupině (pouze 55).

4.2.3. Validita

Konstruktová validita

Při interpretaci hodnot Cronbachova alfa je nutné kontrolovat, jak dalece výzkumný nástroj dokáže diferencovat dimenze proměnných, které se podílejí na rozptylu dat. Vysoké hodnoty alfa mohou skrývat nebezpečí, že dotazník obsahuje redundantní položky, tedy položky, které se ptají na stejnou věc a celý nástroj pak měří pouze jednu dimenzi. Ke kontrole, zda dotazník skutečně měří více dimenzí a zejména dimenze které deklaruje jako domény, oblasti kvality, byla použita faktorová analýza, která přinesla důkazy o konstruktové validitě nástroje, protože odpovídá na otázku, které faktory, nebo konstrukty jsou odpovědné za rozptyl hodnot dotazníku.

Byla zpracována faktorová analýza položek dotazníků pro skupiny poskytovatelů a veřejné správy. Výsledky provedené explorativní a následně i konfirmativní faktorové analýzy jsou přehledně uvedeny v **Příloze 5**. Ze závěrů vyplývá, že bylo identifikováno 7 faktorů, které vysvětlují 63,91 % rozptylu. Z faktorových zátěží vyplývá, že položky v každé ze šesti domén přesně odpovídají definovaným faktorům, pouze u domény Sociální péče odpovídá identifikovanému faktoru pouze 7 z 11 položek, zbývající položky jsou přiřazeny k jiným faktorům a tedy diferenční validita této domény je nižší.

Na základě výše uvedených závěrů lze konstatovat, že dotazník sociální péče pro poskytovatele a veřejnou správu má dobrou konstruktovou validitu a nástroj je tedy schopen diferencovaně zjišťovat data v jednotlivých dimenzích, které odpovídají deklarovaným doménám a které lze chápat jako do jisté míry nezávislé faktory, s výhradou opatrnější interpretace domény Sociální péče.

Výsledky zjišťování vnitřní konzistence a faktorové analýzy jsou podrobně uvedeny v **Příloze 5**.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Obsahová validizace

Autoři použili pro zajištění reprezentativnosti a přiměřenosti obsahu nástroje vzhledem ke zkoumané veličině metodou validace položek na základě analýzy, výběru a konverze indikátorů nebo kritérií kvality z respektovaných evropských a domácích systémů či modelů. Bylo vycházeno z předpokladu, že obsah těchto modelů byl prověřen v praxi posuzování či řízení kvality v sociálních službách a představuje jisté vnější kritérium validity. Byly analyzovány tyto modely:

- Obsah standardů kvality sociálních služeb, Příloha 2, zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.
- A multi method study to inform the development of QualityWatch: consensus on quality, Dr Gail Pittam, Dr Monica Dent , Nain Hussain , Michael Griffin, Linsey Hovard, Dr Ros Blackwood, Solutions for Public Health 2015,
- Dobrovolný evropský rámec kvality v sociálních službách, Výbor pro sociální ochranu, SPC/2010/10/8 Brusel 2010
- „Management kvality v rezidentní péči o seniory na základě cílených indikátorů kvality“, Quality Management by Result-oriented Indicators - Towards Benchmarking in Residential Care for Older People), Evropské centrum pro sociální politiku a výzkum Vídeň 2010
- Pracovní verze doporučených standardů kvality pro pobytová zařízení, vydáno APSS 2014.
- Značka kvality APSS ČR: Přehledy hodnocených oblastí pro ambulantní služby, pečovatelská služba, domovy pro seniory

Byl vytvořen prvotní souhrnný seznam oblastí a položek kvality inspirovaný uvedenými zdroji. Oblasti kvality z různých modelů byly vzájemně porovnávány. Oblasti se stejným nebo podobným obsahem byly sloučeny a jejich názvy přizpůsobeny zvyklostem v ČR, jejich výsledný počet byl 7 a tvoří domény našeho dotazníku. V dalším kroku byly analyzovány jednotlivé položky v oblastech, položky se stejným nebo podobným obsahem byly sloučeny



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

a následně byl seznam položek posuzován podle kritéria, jak dalece jsou jednotlivé položky reprezentativní pro danou oblast. Na základě tohoto kritického výběru byly vytvořeny seznamy položek pro jednotlivé oblasti. Nakonec byly položky konvertovány podle formulačních zvyklostí v oblasti kvality sociálních služeb v České republice. Autoři respektovali v obsahu dotazníku realitu našeho prostředí, spočívající v dominanci zákonného systému kvality. ve 4 ze 7 domén je spolu s tématy z ostatních zdrojů přítomen obsah, který je ekvivalentní standardům kvality. Jde o domény Sociální péče (oblast), Organizace, Kvalita prostředí, Etika. Nicméně 3 domény, Kontext, Kvalita života klientů, Zdravotní péče, mají zcela nový obsah, který v našem zákonném systému není zachycen, ale je autory rozšířených modelů považován za důležitý pro kvalitu.

K otázce kontroly souběžné validity je nutné konstatovat, že se autorům nepodařilo nalézt šetření podobného charakteru, jehož výsledky by bylo možné použít jako vnější kritérium. Pouze společná studie The Nuffield Trust a The Health Foundation z roku 2015 má do jisté míry podobné zaměření. Autoři zkoumali dotazníkem postoje několika skupin profesionálů a klientů péče k 73 položkám vyjadřujícím kvalitu převážně zdravotní péče, přičemž neopomenuli její sociální konsekvence. Předmět této studie se shoduje s naším pojetím jen částečně, což spolu s rozdíly v organizaci výzkumu, která odráží různé sociální, kulturní a legislativní podmínky poskytování péče ve Velké Británii neumožňuje použít její výsledky jako vnější kritérium validity našeho šetření. Avšak některé dílčí výsledky se s našimi shodují, například vysoké procento pozitivních odpovědí a vysoká průměrná skóre. Autoři britské studie rovněž konstatují, že diferencovanější výsledky by přineslo dotazování s pomocí položek nucené volby, ale považují tuto metodu za příliš umělou a pro respondenty diskomfortní.

4.3. Respondenti

Následující text shrnuje data o návratnosti dotazníků, počty respondentů a prezentuje informace z první části dotazníkového šetření, o charakteristikách skupin respondentů.



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

4.3.1. Služby sociální péče

Poskytovatelé, N=217

Z oblasti služeb sociální péče bylo ve druhé redukci vybráno 9 druhů služeb. Z celkového počtu 2634 v národním registru bylo vybráno náhodným kvótním výběrem 1000 subjektů, kterým byl dotazník doručen prostřednictvím služby Google Forms. Dotazník vyplnilo 217 osob. Návratnost se pohybovala kolem dvaceti procent, s výjimkou domovů pro osoby se zdravotním postižením odkud se vrátil největší počet dotazníků (36,4 %), nejméně ze služby chráněného bydlení (15 %). Podrobněji viz Příloha 2. Návratnost dotazníků podle druhů sociálních služeb.

Charakteristiky skupiny:

Charakterizace souboru respondentů v oblasti poskytovatelů byla provedena v souladu s příslušnými položkami dotazníku podle následujících kritérií:

Tab. 6 Znaky: pohlaví, věk, pracovní pozice

Pohlaví		Věk		Pracovní pozice	
Muž	28 (12,9 %)	20-29 let	14 (6,5 %)	Ředitel, statutární zástupce	59 (27,2 %)
Žena	189 (87,1 %)	30-39 let	46 (21,2 %)	Vedoucí pracovník	84 (38,4 %)
Neuved.	0 (0,0 %)	40-49 let	75 (34,6 %)	Sociální pracovník	56 (25,8 %)
		50-59 let	65 (30,0 %)	Jiný pracovník	13 (6,0 %)
		60-69 let	16 (7,2 %)	Neuvedeno	5 (2,3 %)
		Nad 70 let	1 (0,5 %)		
		Neuvedeno	0 (0,0 %)		

V souboru vysoce převažovaly ženy (87,1 %), mezi respondenty převládaly osoby ve středním věku (34,4 %) a vyšším středním věku (30 %), na pozicích ředitel (27 %), vedoucí pracovník (38,4 %) a sociální pracovník (25,8 %).



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

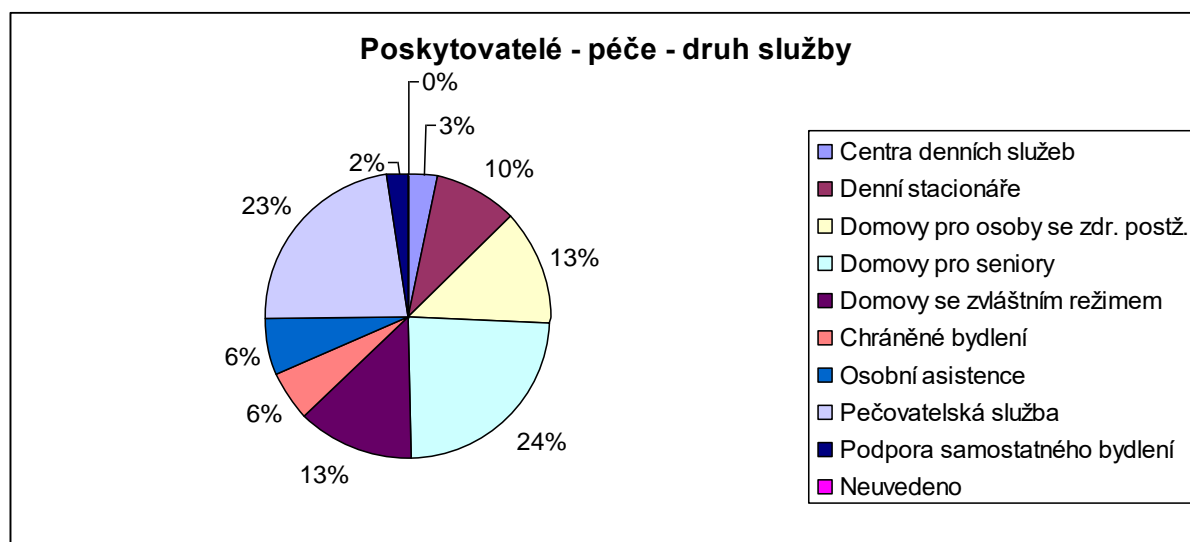
CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Tab. 7 Složení souboru podle druhu sociální služby

Druh sociální služby			
Centra denních služeb	7 (3,2 %)	Chráněné bydlení	12 (5,5 %)
Denní stacionáře	21 (9,7 %)	Osobní asistence	14 (6,5 %)
Domovy pro osoby se zdr. postiž.	28 (12,9 %)	Pečovatelská služba	50 (23,0 %)
Domovy pro seniory	51 (23,5 %)	Podpora samostatného bydlení	5 (2,3 %)
Domovy se zvláštním režimem	29 (13,4 %)	Neuvedeno	0 (0,0 %)

V souboru byly nejvíce zastoupenými službami domovy pro seniory (23,5 %) a pečovatelská služba (23 %), viz také graf.

Graf 1 Druhy služeb



Rozložení poskytovatelů ve vzorku u většiny regionů odpovídá relativně dobře geografickému rozmístění obyvatelstva. Výjimkou je především Jihomoravský kraj, který je ve vzorku výrazně poddimenzován, v menší míře platí totéž pro Liberecký kraj a Hlavní město Praha. Naopak nadprůměrné je zastoupení severní Moravy, specificky Olomouckého



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

a Moravskoslezského kraje. Výsledky u péče jsou částečně ovlivněny tím, že více než 10 % poskytovatelů v této oblasti region nevedlo. Viz následující tabulka regionálního rozložení souboru:

Tab. 8 Regionální rozložení

Region		Podíl na obyvatelstvu ČR	Region		Podíl na obyvatelstvu ČR
Hlavní město Praha	16 (7,4 %)	12,30 %	Pardubický	11 (5,0 %)	4,90 %
Středočeský	25 (11,5 %)	12,90 %	Vysočina	12 (5,5 %)	4,80 %
Jihočeský	19 (8,8 %)	6,00 %	Jihomoravský	14 (6,4 %)	11,20 %
Plzeňský	15 (6,9 %)	5,50 %	Olomoucký	16 (7,4 %)	5,90 %
Karlovarský	2 (0,9 %)	2,80 %	Zlínský	17 (7,9 %)	5,50 %
Ústecký	7 (3,2 %)	7,70 %	Moravskoslezský	26 (12,0 %)	11,30 %
Liberecký	1 (0,5 %)	4,20 %	Neuvedeno	23 (10,7 %)	0 %
Královéhradecký	13 (5,9 %)	5,20 %			

Dotazník v úvodní části zjišťoval rovněž orientačně, zda poskytovatelé používají kromě standardů kvality ještě jiný, nadstavbový model. Výsledek ukazuje tabulka Používané koncepty řízení kvality.

Tab. 9 Koncepty řízení kvality

Koncepty	
Pouze standardy	182 (83,9 %)
Standardy a jiný systém	35 (16,1 %)

Velká většina poskytovatelů v oblasti sociální péče používá pro řízení kvality pouze systém standardů. Nejčastěji užívaný nadstavbový koncept je Certifikace vážka České alzhaimerovské společnosti- 16 poskytovatelů (50 %), dále Značka kvality APSS, 10 poskytovatelů (31,3 %). 5 poskytovatelů používá systém ISO 9001. Protože otázka nepatřila mezi hlavní cíle projektu, nebyly výsledky podrobněji analyzovány.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Veřejná správa N=249

Dotazníky byly distribuovány online prostřednictvím služby Google Forms referátům sociálních věcí všech 14 krajských úřadů v zemi a všem městům, které vykonávají správu na území okresů kterých je 205. Počet oslovených úřadů byl 218. v případě skupiny veřejné správy se vzorek rovnal základnímu souboru. Dotazník byl adresován zaměstnancům sociálních referátů těchto úřadů, kteří mají ve své agendě sociální služby. Odpovědělo celkem 249 zaměstnanců těchto úřadů. V několika případech odpovědělo na dotazník více zaměstnanců z jednoho úřadu, takže počet odpovědí převyšuje počet oslovených jednotek (úřadů). Tato skupina byla podrobena dotazníkovému šetření v obou částech výzkumu, jak v oblasti služeb sociální péče, tak v oblasti služeb sociální prevence.

Tab. 10 Charakteristiky skupiny:

Pohlaví		Věk		Pracovní pozice	
Muž	30 (12 %)	20-29 let	14 (5,6 %)	Vedoucí odboru, ředitel	64 (25,7 %)
Žena	218 (87,6 %)	30-39 let	49 (19,7 %)	Vedoucí pracovník	47 (18,8 %)
Neuved.	1 (0,4 %)	40-49 let	91 (36,5 %)	Odborný referent	88 (35,5 %)
		50-59 let	81 (32,6 %)	Jiný pracovník	49 (19,6 %)
		60-69 let	11 (4,4 %)	Neuvedeno	1 (0,4 %)
		Nad 70 let	1 (0,4 %)		
		Neuvedeno	2 (0,8 %)		

Ve vzorku drtivě převažovaly ženy, nejsilněji zastoupené jsou skupiny 40-49 let resp. 50-59 let, nejčastější pracovní pozice byla odborný referent (35,5 %), čtvrtina respondentů zaujímala pozici vedoucí odboru.



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Tab. 11

Region		Podíl na obyvatelstvu ČR	Region		Podíl na obyvatelstvu ČR
Hlavní město Praha	5 (2,0 %)	12,30 %	Pardubický	15 (6,0 %)	4,90 %
Středočeský	25 (10,0 %)	12,90 %	Vysočina	14 (5,7 %)	4,80 %
Jihočeský	19 (7,7 %)	6,00 %	Jihomoravský	30 (12,1 %)	11,20 %
Plzeňský	4 (1,6 %)	5,50 %	Olomoucký	7 (2,8 %)	5,90 %
Karlovarský	14 (5,7 %)	2,80 %	Zlínský	19 (7,6 %)	5,50 %
Ústecký	18 (7,2 %)	7,70 %	Moravskoslezský	25 (10,0 %)	11,30 %
Liberecký	11 (4,4 %)	4,20 %	Neuvedeno	28 (11,2 %)	0 %
Královéhradecký	15 (6,0 %)	5,20 %			

Je zjevné, že rozložení dle regionu neodpovídá příliš dobře geografickému rozmístění obyvatelstva, přičemž nejvíce je poddimenzováno zastoupení hlavního města Praha. Výsledky jsou částečně ovlivněny tím, že více než 10 % pracovníků veřejné správy region neuvedlo.

Uživatelé služeb sociální péče N=205

Klienti z pěti druhů služeb sociální péče ve všech krajích ČR byli osloveni prostřednictvím poskytovatelů. Tři ze služeb byly pobytové, které tvoří podíl 41 % všech služeb sociální péče v ČR a dvě komunitní terénní zahrnující 16 % služeb péče. Klienti vyplňovali dotazníky s asistencí terénních výzkumných pracovníků, kteří byli rekrutováni z posluchačů pražských vysokých škol.

Bylo plánováno oslovit stejný počet klientů cílové skupiny seniorů a osob se zdravotním postižením. Skutečný počet byl ovlivněn faktem, kolik poskytovatelů bylo v dané době schopno a ochotno spolupracovat na šetření. Stejný poměr obou cílových skupin byl přibližně zachován, seniorů bylo 103 a osob se zdravotním postižením 102. Skupině uživatelů byly distribuovány dvě verze dotazníků, jedna standardní (Standard) a druhá v úpravě easy to read (ETR). Verze byly distribuovány. Rozhodnutí, zda bude použita jedna či druhá verze záviselo



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPOQ
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

na společném posouzení asistenta a odborného pracovníka poskytovatele do jaké míry jsou kognitivní schopnosti respondenta intaktní.

Tab. 12 návratnost

Druh služby	Forma	Cílová skupina	Podíl služeb %	Distribuce	Vráceno	Náv. v %
Domovy pro seniory	pobytová	senioři	20	120,00	65,00	54,2
Domov se zvláštním režimem	pobytová	Senioři s poruchami paměti	13,6	40,00	38,00	95,0
Domov pro osoby se zdravotním postižením	pobytová	Osoby se smyslovým nebo pohybovým postižením	7,7	80,00	80,00	100,0
Chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení	komunitní	osoby s zdravotním postižením	10,1	40,00	18,00	45,0
Osobní asistence	komunitní	osoby se zdravotním postižením	8,3	30,00	4,00	13,3
			Celkem	310	205	66,1

Charakteristiky skupiny:

Genderové srovnání ukazuje, že ve skupině vyšetřovaných verzí dotazníku Standard značně převažovaly (2x) kdežto ve skupině s dotazníky ETR ženy převažovaly mírněji.



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Tab. 13 Pohlaví, věk

Pohlaví	Péče standard	Péče ETR	Věk	Péče standard	Péče ETR
Muž	35 (32,7 %)	45 (45,9 %)	Méně než 20 let	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Žena	71 (66,4 %)	53 (54,1 %)	20-29 let	4 (3,8 %)	2 (2,0 %)
Neuved.	1 (0,9 %)	0	30-39 let	7 (6,5 %)	10 (10,2 %)
			40-49 let	16 (15,0 %)	19 (19,4 %)
			50-59 let	12 (11,2 %)	9 (9,2 %)
			60-69 let	9 (8,4 %)	19 (19,4 %)
			Nad 70 let	58 (54,2 %)	39 (39,8 %)
			Neuvedeno	1 (0,9 %)	0 (0,0 %)

Věkové rozložení skupiny odráží složení skupiny z hlediska cílových skupin a je poměrně rovnoměrné v oblasti středního a vyššího středního věku, senioři tvořili téměř 40 %.

Nejvíce respondentů ve skupině využívalo pobytové sociální služby typů domovů (89 %), necelými 11 % byly zastoupeni uživatelé komunitních služeb. Obě hlavní cílové skupiny, seniorů a osob se zdravotním postižením byly zastoupeny rovnoměrně. Viz následující tabulka.

Tab. 14 Druh služby, cílová skupina

Druh služby		Cílová skupina	
Domov pro osoby se zdravotním postižením	80 (39,0 %)	Senioři	103
Domov pro seniory	65 (31,7 %)	Osoby se zdravotním postižením	102
Domov se zvláštním režimem	38 (18,5 %)		
Chráněné bydlení	18 (8,8 %)		
Osobní asistentka domů	4 (2,0 %)		
Neuvedeno	0 (0,0 %)		

Z následující tabulky je zřejmé, že geografické rozložení subjektů, které poskytovaly péči skupině uživatelů, neodpovídá rozdělení obyvatelstva v rámci celé populace. Zjevně dominuje Ústecký kraj, zatímco třeba některé moravské regiony nejsou zastoupeny vůbec.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Tab. 15 Regiony

Regiony		Podíl na obyvatelstvu ČR	Regiony		Podíl na obyvatelstvu ČR
Hlavní město Praha	12 (5,9 %)	12,30 %	Pardubický	15 (7,3 %)	4,90 %
Středočeský	37 (18,0 %)	12,90 %	Vysočina	9 (4,4 %)	4,80 %
Jihočeský	6 (3,0 %)	6,00 %	Jihomoravský	15 (7,3 %)	11,20 %
Plzeňský	16 (7,8 %)	5,50 %	Olomoucký	19 (9,3 %)	5,90 %
Karlovarský	1 (0,5 %)	2,80 %	Zlínský	0 (0,0 %)	5,50 %
Ústecký	45 (22,0 %)	7,70 %	Moravskoslezský	0 (0,0 %)	11,30 %
Liberecký	3 (1,5 %)	4,20 %	Neuvedeno	4 (2,0 %)	0 %
Královéhradecký	23 (11,2 %)	5,20 %			

4.3.2. Služby sociální prevence

Poskytovatelé služeb sociální prevence N=290

Návratnost v této skupině činila celkově 33 %, struktura vrácených dat neumožňovala specifikovat přesně dílčí návratnost v jednotlivých službách, protože ve 43 případech z 290 odevzdaných dotazníků respondenti nedodrželi instrukci k výběru pouze jedné služby a označili všechny své registrované služby. Ze stejného důvodu data neposkytují přesné určení vzorku podle druhu poskytované služby a můžeme použít pouze odhad.

Charakteristiky skupiny:

Ve skupině převažovaly ženy více jak dvakrát, průměrný věk respondentu byl v oblasti středního věku (47,6). Převažovali vedoucí pracovníci, ředitelé a sociální pracovníci. Viz následující tabulka.



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Tab. 16 Gender, věk, pracovní pozice

Pohlaví		Věk		Pracovní pozice	
Muž	91 (31,4 %)	20-29 let	57 (19,6 %)	Ředitel, statutární zástupce	59 (27,2 %)
Žena	199 (68,6 %)	30-39 let	97 (33,3 %)	Vedoucí pracovník	84 (38,4 %)
Neuved.	0 (0,0 %)	40-49 let	75 (25,6 %)	Sociální pracovník	56 (25,8 %)
		50-59 let	54 (18,6 %)	Jiný pracovník	13 (6,0 %)
		60-69 let	5 (2,3 %)	Neuvedeno	5 (2,3 %)
		Nad 70 let	1 (0,3 %)		
		Neuvedeno	1 (0,3 %)		

Ve druhové struktuře skupiny tvořily více než čtvrtinu služeb Azylové domy, terénní programy tvořily pětinu služeb, silněji zastoupeny byly také služby krizové pomoci a sociálně terapeutické dílny. Statistika je však mírně zkreslena, protože tři procenta služeb uváděla více než jeden poskytovaný druh.

Tab. 17 Druh služby

Druh služby		Druh služby	
Azylové domy	78 (26,9 %)	Noclehárny	22 (7,6 %)
Intervenční centra	21 (7,2 %)	Odborné sociální poradenství	13 (4,5 %)
Kontaktní centra	28 (9,7 %)	Sociálně terapeutické dílny	39 (13,4 %)
Krizová pomoc	51 (17,6 %)	Terénní program	59 (20,3 %)
Nízkoprahová denní centra	26 (9,0 %)	Neuvedeno	1 (0,3 %)

Rozložení poskytovatelů ve vzorku u většiny regionů odpovídá relativně dobře geografickému rozmístění obyvatelstva. Výjimkou je především Jihomoravský kraj, který je



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

ve vzorku výrazně poddimenzován, naopak nadprůměrné zastoupení má Olomoucký a Moravskoslezský kraj.

Tab. 18 Regiony

Region		Podíl na obyvatelstvu ČR	Region		Podíl na obyvatelstvu ČR
Hlavní město Praha	34 (11,7 %)	12,30 %	Pardubický	16 (5,5 %)	4,90 %
Středočeský	43 (14,8 %)	12,90 %	Vysočina	9 (3,1 %)	4,80 %
Jihočeský	14 (4,8 %)	6,00 %	Jihomoravský	11 (3,8 %)	11,20 %
Plzeňský	14 (4,8 %)	5,50 %	Olomoucký	26 (9,0 %)	5,90 %
Karlovarský	18 (6,2 %)	2,80 %	Zlínský	17 (5,9 %)	5,50 %
Ústecký	27 (9,3 %)	7,70 %	Moravskoslezský	41 (14,2 %)	11,30 %
Liberecký	9 (3,1 %)	4,20 %	Neuvedeno	0	0 %
Královéhradecký	11 (3,8 %)	5,20 %			

Tab. 19 Koncepty řízení kvality

Koncepty	
Pouze standardy	261 (90 %)
Standardy a jiný systém	28 (9,7 %)
Neuvedeno	1 (0,3 %)

Velká většina poskytovatelů v oblasti sociální péče používá pro řízení kvality pouze systém standardů, desetina používá ještě další, nastavbový model.

Veřejná správa N=172

Návratnost v této skupině byla vysoká, činila téměř 79 %.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Charakteristiky skupiny:

Ve skupině vysoce převažovaly ženy, věkové rozložení bylo poměrně rovnoměrné od 30 do 60 let, nejsilněji byla zastoupena věková skupina středního věku. Respondenti nejčastěji zaujímali pracovní pozici odborný referent. Ostatní pozice byly zastoupeny přibližně stejně.

Tab. 19 Gender, věk, pracovní pozice

Pohlaví		Věk		Pracovní pozice	
Muž	17 (9,9 %)	20-29 let	9 (5,2 %)	Vedoucí odboru, ředitel	35 (20,3 %)
Žena	154 (89,5 %)	30-39 let	38 (22,1 %)	Vedoucí pracovník	35 (20,3 %)
Neuved.	1 (0,6 %)	40-49 let	60 (34,9 %)	Odborný referent	66 (38,5 %)
		50-59 let	55 (32,0 %)	Jiný pracovník	35 (20,3 %)
		60-69 let	9 (5,2 %)	Neuvedeno	1 (0,6 %)
		Nad 70 let	0 (0 %)		
		Neuvedeno	1 (0,6 %)		

Následující tabulka ukazuje, že rozložení dle regionů neodpovídá příliš dobře geografickému rozmístění obyvatelstva, přičemž nejvíce je poddimenzováno zastoupení hlavního města Praha.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Tab. 20 Regionální rozložení

Region		Podíl na obyvatelstvu ČR	Region		Podíl na obyvatelstvu ČR
Hlavní město Praha	2 (1,2 %)	12,30 %	Pardubický	13 (7,6 %)	4,90 %
Středočeský	21 (12,2 %)	12,90 %	Vysočina	8 (4,6 %)	4,80 %
Jihočeský	11 (6,4 %)	6,00 %	Jihomoravský	15 (8,7 %)	11,20 %
Plzeňský	8 (4,6 %)	5,50 %	Olomoucký	3 (1,7 %)	5,90 %
Karlovarský	6 (3,6 %)	2,80 %	Zlínský	13 (7,6 %)	5,50 %
Ústecký	13 (7,6 %)	7,70 %	Moravskoslezský	17 (9,9 %)	11,30 %
Liberecký	5 (2,9 %)	4,20 %	Neuvedeno	26 (15,0 %)	0 %
Královéhradecký	11 (6,4 %)	5,20 %			

Uživatelé služeb sociální prevence N= 55

Charakteristiky skupiny:

Skupinu tvořili klienti cílové skupiny osob bez přístřeší a osoby v krizi využívající služeb azylových domů. Více než 50 % respondentů tvořili muži. Byly zastoupeny věkové skupiny od 20 do 69 let, se dvěma vrcholy ve věku 30 až 39 let a 50 až 59 let. Respondenti se rekrutovali pouze ze dvou krajů, Ústeckého 48 (83,7 %) a Libereckého 7 (12,7 %). Uvedené charakteristiky souvisí s faktem, že pro skupinu uživatelů služeb sociální prevence byl k dispozici pouze jeden asistent působící v severních Čechách.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Tab. 21 Gender, věk

Pohlaví		Věk	
Muž	31 (56,4 %)	Méně než 20 let	1 (1,8 %)
Žena	24 (43,6 %)	20-29 let	10 (18,2 %)
Neuved.	0 (0,0 %)	30-39 let	13 (23,7 %)
		40-49 let	9 (16,4 %)
		50-59 let	14 (25,4 %)
		60-69 let	7 (12,7 %)
		Nad 70 let	0 (0,0 %)
		Neuvedeno	1 (1,8 %)

4.4. Postup a etická dimenze výzkumu

Pilotní ověření dotazníku proběhlo v období dubna a května 2019 se vzorkem 10 respondentů. Po dvou z nich byli poskytovatelé sociálních služeb a pracovníci veřejné správy a 4 byli uživatelé služeb. Na základě poznatků z pilotáže byla provedena revize části otázek a instrukcí.

Před administrací finální verze dotazníku byly všechny vybrané subjekty profesionálů, t. j. poskytovatelů a veřejné správy požádání dopisem MPSV o účast na šetření. Vlastní šetření proběhlo prostřednictvím online dotazníku, vytvořeném a distribuovaném v prostředí Google Forms v průběhu června a července roku 2019.

Dotazníková data byla analyzována pomocí doplňku MS Excel XLSTAT 2019. Byla provedena deskriptivní a deduktivní analýza. Signifikance odchylek individuálních skóre v každé kategorii stakeholderů byla testována pomocí jedno výběrového t-testu. Signifikance rozdílů mezi doménami kvality byla podrobena v každé skupině stakeholderů Friedman a Nemenay post hoc test. Statistická významnost rozdílů mezi skupinami stakeholderů byla rovněž testována užitím Kruskal-Wallisovým neparametrickým testem ANOVA (s Dunn post hoc testy) a Mann-Whitney U testy.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Šetření ve skupině uživatelů probíhalo prostřednictvím skupiny vyškolených asistentů. Vzhledem k časově náročnému způsobu administrace byl pro sběr dat vyhrazen dvojnásobně dlouhý čas. Před zahájením šetření proběhl tréninkový seminář pro asistenty. Asistenti byli seznámeni s kvótami druhů služeb a cílových skupin a jejich lokálním rozložením. Byli instruováni, jak oslovit poskytovatele služby a jednotlivé klienty a poučeni o způsobu kladení otázek v jednotlivých cílových skupinách a o zaznamenávání odpovědí. Odpovědi klientů byly zaznamenávány do papírových dotazníků a následně přepsány do online formy.

Během šetření byla dodržována pravidla etického rámce výzkumu. Všichni respondenti byli informováni o účelu, trvání a průběhu. Byli rovněž informováni o dobrovolné účasti v šetření a o možnosti odmítnout účast. Sběr dat prostřednictvím online i papírových dotazníků probíhal bez zaznamenávání jakýchkoliv osobních údajů respondentů, které by umožňovaly jejich identifikaci.



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

5. Výsledky II. část dotazníku – služby sociální péče

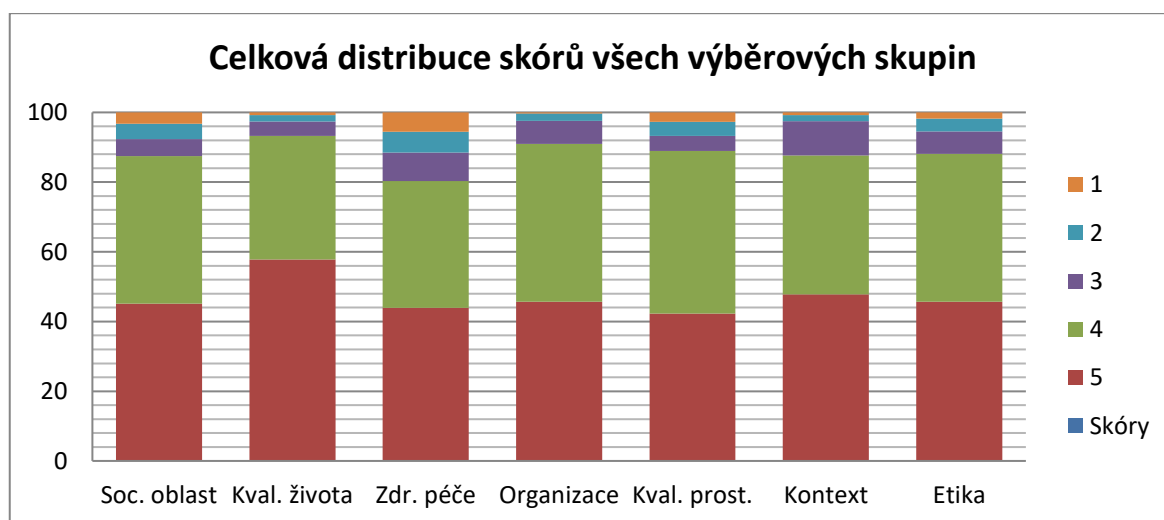
Následující text prezentuje data získaná z druhé části dotazníku⁴ zaměřené na zjišťování, jak vnímají kvalitu v oblasti sociální péče jednotlivé skupiny stakeholderů. Respondenti byli v této části žádáni o posouzení důležitosti každé položky pro kvalitu služby na pětibodové škále Likertova typu.

5.1. Charakter distribuce

Celková distribuce skóru

Porovnání celkové distribuce škálových hodnot všech výběrových skupin (N=671) v jednotlivých doménách v % ukazuje následující graf.

Graf 2 N=671 Celková distribuce škálových hodnot



⁴ Viz kapitola 4.3.1 Struktura dotazníku



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Z grafu je patrný vysoký podíl stupňů 4 a 5. Vysoké hodnocení významnosti jednotlivých domén není překvapivé vzhledem k vysoké validitě⁵ vybraných položek, které velmi pravděpodobně dobře vyjadřují jednotlivé aspekty kvality. (Nejvyšší skóry „velmi významné“ a „významné“ se pohybovaly od 80 % odpovědí v doméně Zdravotní péče až do 94 % v doméně Subjektivní kvality života)

V souhrnu všech respondentů vysoko převažoval počet respondentů ve skupině poskytovatelů a zaměstnanců veřejné správy (celkem N= 466) nad uživateli (N=205). Oddělené porovnání skupin profesionálů (Poskytovatelé a Veřejná správa) a uživatelů ukazuje lépe na rozdíly v tendencích hodnocení obou skupin, jak je vidět v grafech 2. a 3.

Distribuce ve skupině profesionálů

Jak ukazuje Graf 3 pro skupinu profesionálů je typické používání obou vysokých skóre (4+5) pro hodnocení významu jednotlivých domén pro kvalitu na hladině kolem 90 % v koridoru ± 5 %. Profesionálové hodnotili nejvíce oběma vysokými skóre doménu Subjektivní kvalita života klientů (95,2 %) a nejméně doménu Zdravotní péče 86 %.

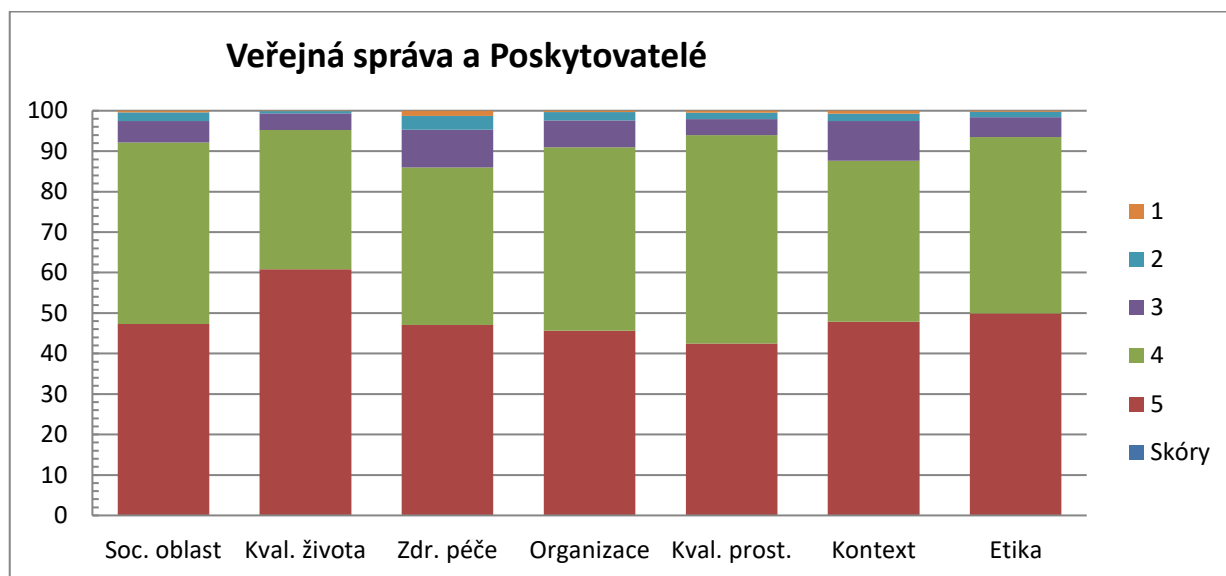
⁵ Viz předcházející kapitola Reliabilita a validita dotazníků



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Graf 3 N=466



Profesionálové měli tendenci používat méně často nejnižší skóry 2 a 1 (málo významné, nevýznamné). Tato hodnocení se pohybovala v rozmezí od 0,65 % (Subjektivní kvalita života klientů) do 4,69 % (Zdravotní péče).

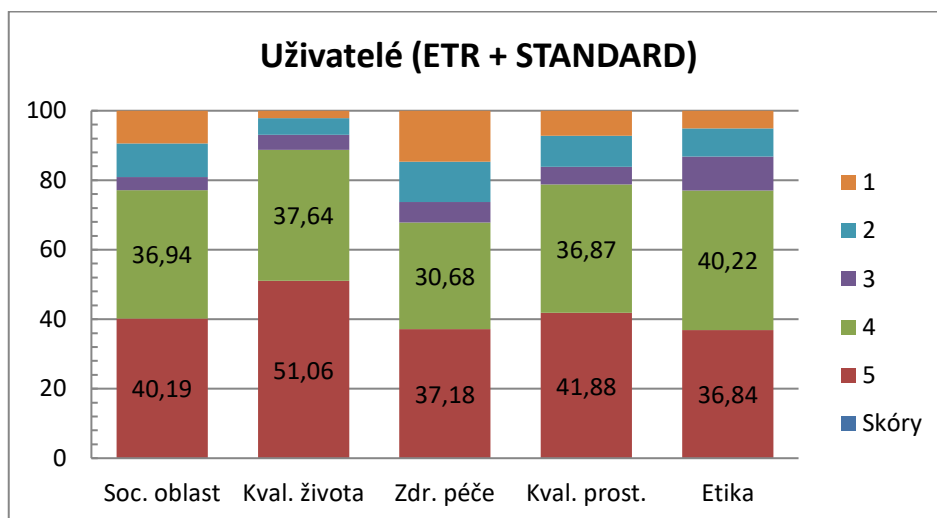
Skupina uživatelů

Naproti tomu hodnocení uživatelé probíhalo diferencovaněji. Tendence hodnotit nejvyššími skóry byla u této skupině na nižší hladině než v případě profesionálů. Uživatelé hodnotili vysokými skóry 4 a 5 („významné“) nejvíce doménu Subjektivní kvalita života klientů (88,7 %). Všechny ostatní domény jsou hodnoceny v hladině pod 80 %. Nejnižší hodnocení skóry 4 a 5 dostala doména Zdravotní péče, v téměř 68 % případů.

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Graf 4 N=205



Rozdíly v rozptylu skóre skupin profesionálů a uživatelů se také ukazují v porovnání distribuce nejnižších skóre (málo významné a nevýznamné), kdy ve skupině profesionálů mají skóre rozptyl od 0,6 % do 4,7 %, zatímco u skupin klientů je variance jejich výskytu od 6,9 % (Subjektivní kvalita života do 26,2 % (Zdravotní péče).

Porovnání distribuce souhrnných skóre domén obou skupin pomocí testu skutečného a očekávaného rozložení chí kvadrát naznačuje, že rozdíly v tendencích skórování obou skupin jsou významné na hladině pod 3 %. Skórování uživatelů se jeví jako diferencovanější než hodnocení profesionálů. Tato tendence je zvláště patrná v určitých doménách, jak bude pojednáno dále.

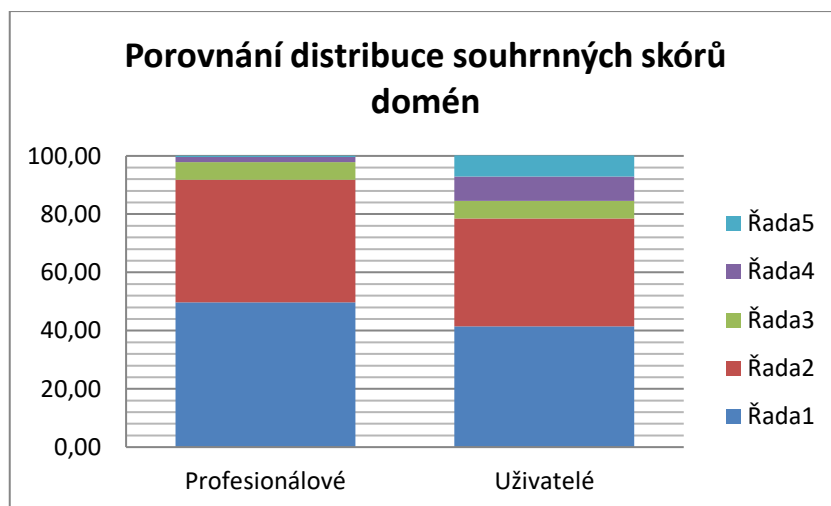
Rozdíly v tendencích skórování jsou také dobře patrné z porovnání souhrnné distribuce skóre všech domén v každé výběrové skupině. v následujícím grafu.



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Graf 5 Porovnání distribuce souhrnných skóre domén



S ohledem na dobrou reliabilitu dotazníků služeb sociální péče umožňuje statistická významnost rozdílů v distribuci předpokládat, že rozdíly v hodnocení nejsou náhodné. Jedno z možných vysvětlení by mohlo znít, že hodnocení profesionálů ovlivňuje více snaha o objektivitu, případně se cítí vázání určitou odpovědností, kdežto klienti mají k hodnocení více osobní, subjektivní přístup.

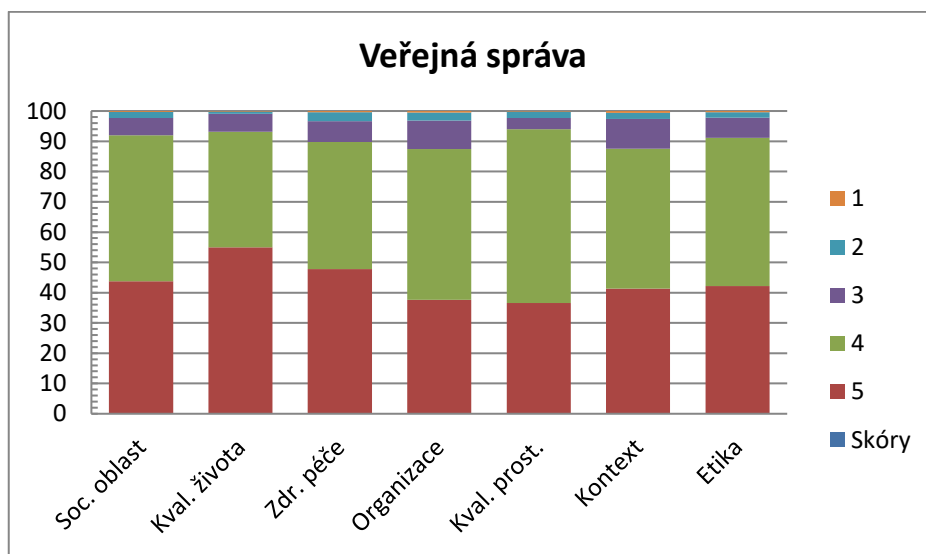


Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Distribuce škálových hodnot jednotlivých skupin

Graf 6 Veřejná správa, N=249



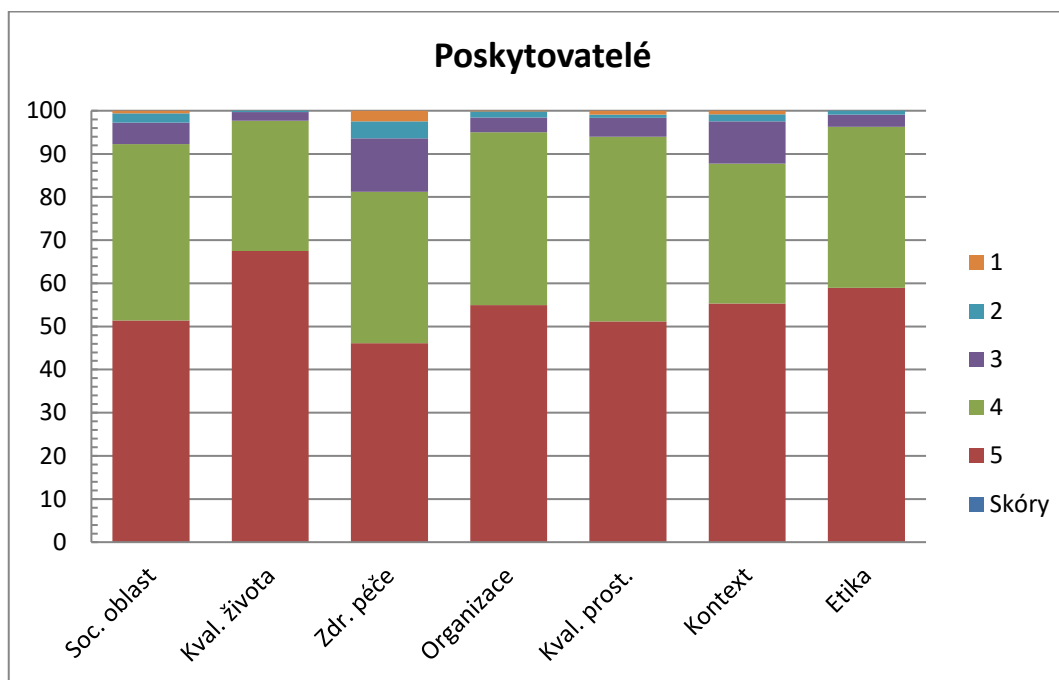
Pracovníci veřejné správy hodnotili významnost všech domén velmi vysoko. Pět domén bylo hodnoceno nejvyššími skóry (4+5) více jak v 90 % případů, pouze domény Organizace a Kontext měly hodnocení mírně pod 90 %.

Nejvyšší hodnocení vysokými skóre má Kvalita prostředí (94 % skóre 4+5), převažuje však hodnocení skórem 4, takže doména nezískala nejvyšší průměr, na rozdíl od domény Subjektivní kvalita života klientů, kde je hodnocení oběma skóre rovněž vysoké (93 %), avšak hodnocení skórem 5 je vyšší, což také odpovídá nejvyššímu průměrnému skóre této domény. V hodnocení obou domén byli respondenti nejvíce zajedno, domény mají velmi nízký rozptyl odpovědí.

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Graf 7 Poskytovatelé, N=217



Podobně jako ve skupině Veřejné správy hodnotili respondenti ve výběrové skupině poskytovatelé významnost všech domén velmi vysoko. 5 domén bylo hodnoceno nejvyššími skóry více než v 90 % případů. Doména Kontext má hodnocení mírně pod 90 % (87,6 %), doména Zdravotní péče ještě výrazněji nižší (81,24 %).

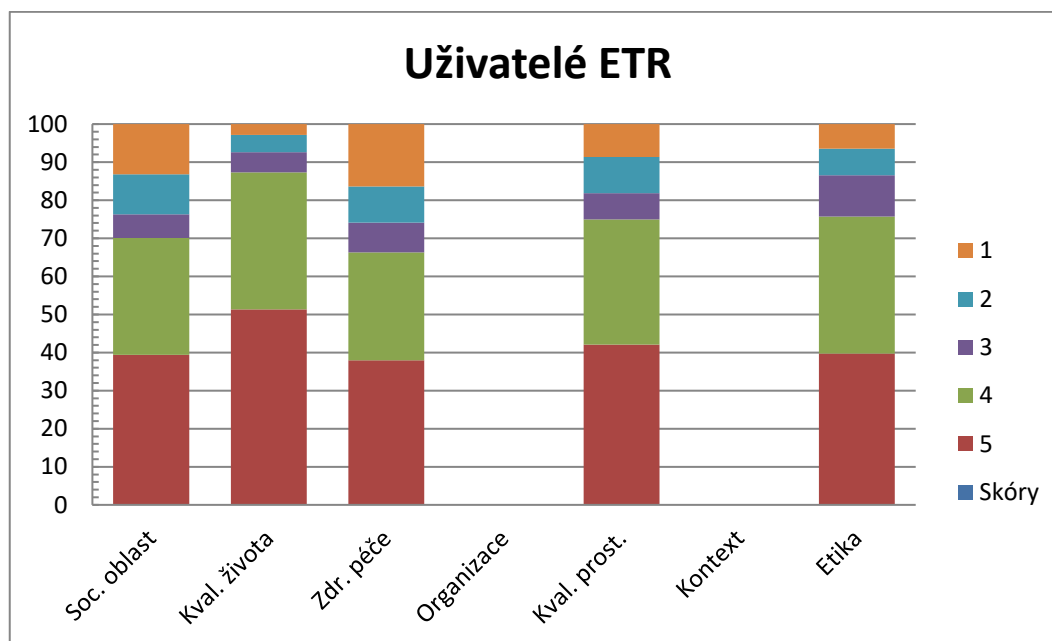
Nejvyšší podíl hodnocení skóry 4 a 5 má doména Subjektivní kvalita života klientů (97,67 %), na tomto hodnocení panuje vysoká shoda respondentů, doména má nejmenší rozptyl hodnot. Průměr hodnocení této domény je nejvyšší (4,65). Velmi vysoký podíl má také doména Etika (96,3 %) a Organizace (95 %), pak následuje Kvalita prostředí (94 %). Tomuto pořadí rozložení nejvyšších skórů také odpovídá pořadí průměrných skórů. Nejnižší je hodnocená doména Zdravotní péče (81,24 % skórů 4+5 a nejnižší průměr 4,2), která má rovněž nejvyšší rozptyl hodnot svědčící o nižší shodě respondentů.

Uvedená deskripce rozdílů v distribuci naznačuje možné preference této skupiny, které by bylo třeba dále ověřit.

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Graf. 8 Uživatelé, verze dotazníku Easy To Read, N=98

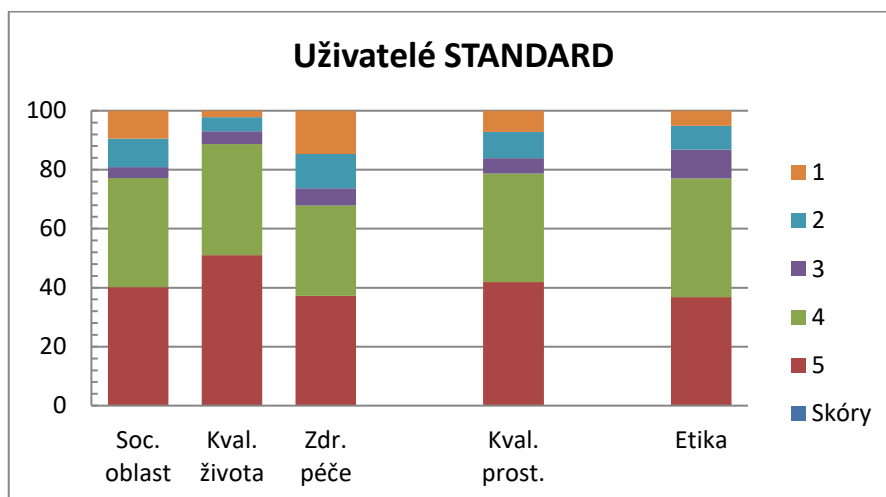


Jak již bylo konstatováno dříve, uživatelé hodnotili významnost položek a v této souvislosti i jednotlivých domén plastičtěji než skupiny veřejné správy a uživatelů., což se projevilo rovněž u výsledků této verze dotazníků. Uživatelé v této podskupině hodnotili jako nejvýznamnější (skóry 4+5) Subjektivní kvalitu života klientů v 87,3 %. Oblasti Kvalita prostředí, Etika a Sociální péče byly oběma nejvyššími skóry hodnoceny v 70 až 80 % případů. Nejméně byla vysokými skóry hodnocena doména Zdravotní péče (66,3 % případů), hodnocení této domény také vykazuje největší rozptyl hodnot (variance 2,2).

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

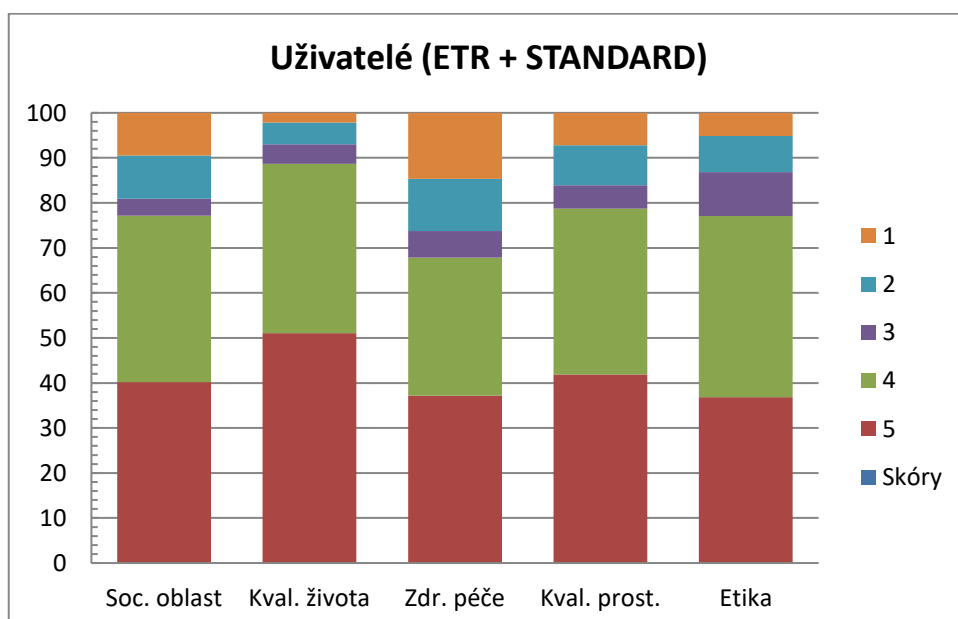
CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Graf 9. Uživatelé, verze dotazníku STANDARD, N=107



Podobně jako u podskupiny uživatelů ETR byla nejvíce hodnocenou doménou Subjektivní kvalita života klientů s 88 % případů volby skóru 4 a 5. Jako nejméně významná byla ve skupině Uživatelé STANDARD rovněž hodnocena doména Zdravotní péče (67,8 %). Domény Sociální oblast (77,2 %), Kvalita prostředí (78,7 %) a Etika (77 %) byly hodnoceny na podobné úrovni.

Graf 10 Uživatelé celkem, N=205 Souhrnné výsledky z obou dílčích verzí dotazníků pro uživatele





Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Nejvyšší podíl vysokých skóre má doména Subjektivní kvalita života (88,7 %), která má rovněž nejvyšší průměrné skóre (4,3). Druhý nejvyšší podíl má doména Kvalita prostředí (78,8 %) jejíž průměr je také druhý nejvyšší (3,97). Těsně za touto doménou následují oblasti s velmi podobnou distribucí - Sociální oblast (77,2 %) a Etika (77 %). Doména Zdravotní péče je s podílem 67,8 % a průměrem 3,86 na posledním místě.

5.2. Rozdíly mezi výběrovými skupinami v hodnocení domén

Porovnání hodnocení jednotlivých domén přináší odpověď na otázku: *Jaké jsou rozdíly ve vnímání důležitosti domén napříč skupinami?* Byly použity tyto metody: Kruskal-Wallisův test v případě srovnání 3 skupin (tj. D1, D2, D3, D5 a D7), Mann-Whitneův test pro srovnání dvou skupin (D4, D6). U srovnání tří skupin dále provedeno párové srovnání Dunnovou metodou ke zjištění signifikantních rozdílů pro jednotlivé dvojice.

Byly srovnávány tři skupiny respondentů ve výběrových charakteristikách společných domén, které hodnotili všechny 3 skupiny - D1, D2, D3, D5, D7. Rozdíly byly statisticky velmi významné na hladině menší než 1 %.

V doménách, které byly společné jen pro skupinu Poskytovatelé a Veřejná správa, byl v doméně D4 - Organizace nalezen statisticky významný rozdíl na hladině p nižší než 1 % a v doméně D6 - Kontext rozdíl na hladině $p = 2$ %.

Podrobněji lze rozdíly identifikovat párovým porovnáním rozdílů pětice společných domén mezi dvojicemi poskytovateli a veřejnou správou, mezi poskytovateli a uživateli a mezi veřejnou správou a uživateli. Párové rozdíly byly vesměs vysoce statisticky významné na hladině nižší než 1 % s těmito výjimkami: statisticky nevýznamný se jeví rozdíl mezi poskytovateli a veřejnou správou v doméně D1 - Sociální oblast a v doméně D3 - Zdravotní péče.



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Tab. 22 Statistická významnost rozdílů mezi skupinami v jednotlivých doménách

Doména	Poskytovat.	Veř. správa	Uživatelé	p-hodnota testu	p-hodnota párová srovnání
D1 – Sociální oblast	4,40±0,41 ^a	4,34±0,40	3,89±0,65	<0,001	0,084 (1-2)
					<0,001 (1-3)
					<0,001 (2-3)
D2 – Subjektivní kvalita života	4,65±0,35	4,47±0,47	4,31±0,41	<0,001	<0,001 (1-2)
					<0,001 (1-3)
					<0,001 (2-3)
D3 – Zdravotní péče	4,19±0,74	4,35±0,56	3,64±0,77	<0,001	0,046 (1-2)
					<0,001 (1-3)
					<0,001 (2-3)
D4 – Organizace	4,48±0,49	4,22±0,58	N/A	<0,001	N/A
D5 – Kvalita prostředí	4,43±0,54	4,29±0,46	3,97±0,68	<0,001	0,002 (1-2)
					<0,001 (1-3)
					<0,001 (2-3)
D6 – Kontext	4,40±0,59	4,26±0,56	N/A	0,002	N/A
D7 – Etika	4,54±0,39	4,31±0,51	3,96±0,56	<0,001	<0,001 (1-2)
					<0,001 (1-3)
					<0,001 (2-3)

a průměr ±výběrová směrodatná odchylka

Tučně označeny statisticky významné rozdíly.

Červeně označen statisticky nevýznamný rozdíl (p=8,4)

5.3. Preference v hodnocení domén výběrovými skupinami

Komparace dat napříč škálami v rámci každé skupiny přináší odpovědi na výzkumnou otázku: *Jaká je relativní důležitost jednotlivých domén napříč jednotlivými stakeholdery?* Ke zjištění hierarchie důležitosti pro každou skupinu stakeholderů byl použit následný Nemenyiho post-hoc test.

Signifikantní rozdíly v hodnocení domén v rámci potvrzují fakt rozdílného vnímání kvality jednotlivými stakeholdery. Přiblížit význam a smysl těchto rozdílů umožní porovnání jejich preferencí. Orientační obraz získáme porovnáním pořadí průměrů uvnitř každé skupiny, jak



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

ukazuje Tab. Pořadí však nebere v úvahu statistickou významnost rozdílů uvnitř skupiny. Lze předpokládat, že výsledné hierarchie nebudou tak lineární, jak naznačuje tabulka 23

Tab. 23 Hodnocení domén

Poskytovatelé		Veřejná správa		Uživatelé (Standard)		Uživatelé (ETR)	
D2 – Subjektivní kvalita života	4,63	D2 – Subjektivní kvalita života	4,47	D2 – Subjektivní kvalita života	4,33	D2 – Subjektivní kvalita života	4,28
D7 – Etika	4,55	D3 – Zdravotní péče	4,35	D1 – Sociální oblast	4,04	D7 – Etika	3,96
D4 – Organizace	4,49	D1 – Sociální oblast	4,34	D5 – Kvalita prostředí	4,04	D5 – Kvalita prostředí	3,90
D5 – Kvalita prostředí	4,43	D7 – Etika	4,31	D7 – Etika	3,95	D1 – Sociální oblast	3,73
D1 – Sociální oblast	4,41	D5 – Kvalita prostředí	4,29	D3 – Zdravotní péče	3,66	D3 – Zdravotní péče	3,62
D6 – Kontext	4,37	D6 – Kontext	4,26				
D3 – Zdravotní péče	4,22	D4 – Organizace	4,22				

Pro porovnání relativního pořadí preferencí jednotlivými výběrovými skupinami bylo provedeno srovnání statistické významnosti rozdílů průměrů mezi doménami v každé skupině na základě Nemenyihovo testu, viz tab.

Tab. 24 Poskytovatelé

	D1	D2	D3	D4	D5	D6
D2	1.248851e-08					
D3	8.925278e-01	2.979506e-12				
D4	7.720325e-03	1.068787e-01	0.000046			
D5	5.254244e-01	2.639241e-04	0.038408	0.621374		
D6	4.395894e-01	4.660061e-04	0.025897	0.705507	1.000000	
D7	7.658112e-04	3.665718e-01	0.000002	0.997124	0.252739	0.321194



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Tab. 25 Veřejná správa

	D1	D2	D3	D4	D5	D6
D2	0.000010					
D3	0.925385	1.641853e-03				
D4	0.022161	8.115730e-14	0.000307			
D5	0.516561	1.198122e-10	0.048912	0.818421		
D6	0.488511	8.945522e-11	0.043339	0.839178	1.000000	
D7	0.965392	4.549065e-08	0.380750	0.257928	0.972317	0.965392

Tab. 26 Klienti Standard

	D1	D2	D3	D5
D2	0.000727			
D3	0.002215	2.643441e-13		
D5	0.415780	1.698235e-01	6.483324e-07	
D7	0.837919	5.878873e-06	6.379587e-02	0.044857

Tab. 27 Klienti ETR

	D1	D2	D3	D5
D2	3.397117e-09			
D3	9.513126e-01	2.523326e-11		
D5	8.372349e-01	1.594090e-06	0.396092	
D7	3.960921e-01	6.134785e-05	0.094064	0.951313

Výsledné hierarchické vztahy domén uvnitř skupiny vystupují v tomto způsobu srovnání plastičtěji, neboť zachycují vztahy mezi všemi doménami.

Pro rozlišení míry statistické významnosti rozdílů mezi průměry domén byly zvoleny následující stupně:

- vztah mezi doménami není statisticky významný pro p hodnoty vyšší než 5 %, lze předpokládat, že respondenti vnímají tyto domény jako stejně důležité pro kvalitu



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

- vztah je statisticky významný pro hodnoty mezi 1 % až 5 %, je pravděpodobně, že respondenti vnímají důležitost těchto domén pro kvalitu rozdílně
- vztah je vysoce statisticky významný pro hodnoty pod 1 %, je vysoce pravděpodobné, že respondenti vnímají důležitost těchto domén pro kvalitu rozdílně.

Výsledný obraz, který bere v úvahu rozdíly v míře statistických významností, naznačuje, že vztahy mezi středními hodnotami vytvářejí více či méně zřetelnou hierarchii preferencí jednotlivých domén v každé skupině. Tuto hierarchii si je možno představit jako postupně se koncentrující zájem od domén na nižší úrovni až do jakéhosi ohniska, které tvoří domény na nejvyšší úrovni. Stále je však třeba mít na paměti skutečnost, která byly prezentována v předcházející kapitole o distribuci skóre, že všechny domény byly všemi skupinami hodnoceny velmi pozitivně, byť hodnota jejich pozitivního hodnocení kolísá. v žádném případě naznačená hierarchie preferencí neznamena, že domény s nejnižším hodnocením jsou považovány za málo důležité nebo dokonce nedůležité a jsou mimo zájem skupiny.

Preference domén v každé výběrové skupině respondentů lze shrnout do následujícího popisu.

Poskytovatelé

V hierarchii dominuje D2 - Subjektivní kvalita života klientů, která byla skórována signifikantně výše ($p < 0,001$) domény D1 - Sociální oblast, D3 - Zdravotní péče, D5 - Kvalita prostředí a D6 - Kontext. na druhé straně není signifikantní rozdíl mezi D2 a doménami D4 - Organizace a D7 - Etika ($p = 0,05$). Domény D1 - Sociální oblast, D5 - Kvalita prostředí a D6 - Kontext byly skórovány signifikantně výše ($p < 0,001$) než D3 - Zdravotní péče. Hierarchii relativní důležitosti lze naznačit jak tři úrovně:

1. D2, D4, D7
2. D1, D5, D6
3. D3



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Veřejná správa

V této skupině se objevuje zřetelná hierarchie mezi první a ostatními úrovněmi. Rozdíly mezi doménami druhé a třetí úrovně nejsou tak zřetelné. Doména D2 - Subjektivní kvalita života je hodnocena velmi významně ($p < 0,001$) výše než všechny ostatní domény. Tendence k její preferenci je u skupiny Veřejné správy velmi zřetelná.

Druhá nejvýše hodnocená doména je D3 - Zdravotní péče. Její hodnocení je statisticky vyšší pouze na hladině $p = 0,05$ než hodnocení domén D4 – Organizace, D5 – Kvalita prostředí, D6 - Kontext. Rozdíly D3 vzhledem k ostatním dvěma doménám D1 - Sociální oblast a D7 - Etika nejsou statisticky významné, z čehož lze odvodit, že jsou vnímány jako stejně důležité pro kvalitu. Hierarchii úrovní relativní důležitosti lze naznačit takto:

1. D2
2. D3, D1, D7
3. D5, D6, D4

Uživatelé /Standard/

Porovnání ukazuje na dominanci D2- Subjektivní kvalita života na úrovni statistické signifikance $p < 0,001$. Mezi doménami D1 - Sociální oblast, D5 - Kvalita prostředí a D7 - Etika a D3 - Zdravotní péče nebyl signifikantní rozdíl. Doména D3 - Zdravotní péče byl hodnocena níže na úrovni $p < 0,003$ než ostatní domény. Hierarchii úrovní lze naznačit takto:

1. D2
2. D1, D5, D7
3. D3



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Uživatelé /ETR/

Mezi doménami existuje zřetelná hierarchie mez D2 - Subjektivní kvalita života a zbývajícími doménami, rozdíly jsou na statisticky vysoce významné úrovni ($p < 0.001$). Mezi ostatními doménami nejsou statisticky významné rozdíly, lze dovozovat, že je respondenti této skupiny vnímají jako stejně důležité:

1. D2
2. D1, D3, D5, D7

K naznačeným vztahům v hodnocení domén jednotlivými výběrovými skupinami se váže diskuze, které jsou prezentovány v následující kapitole.

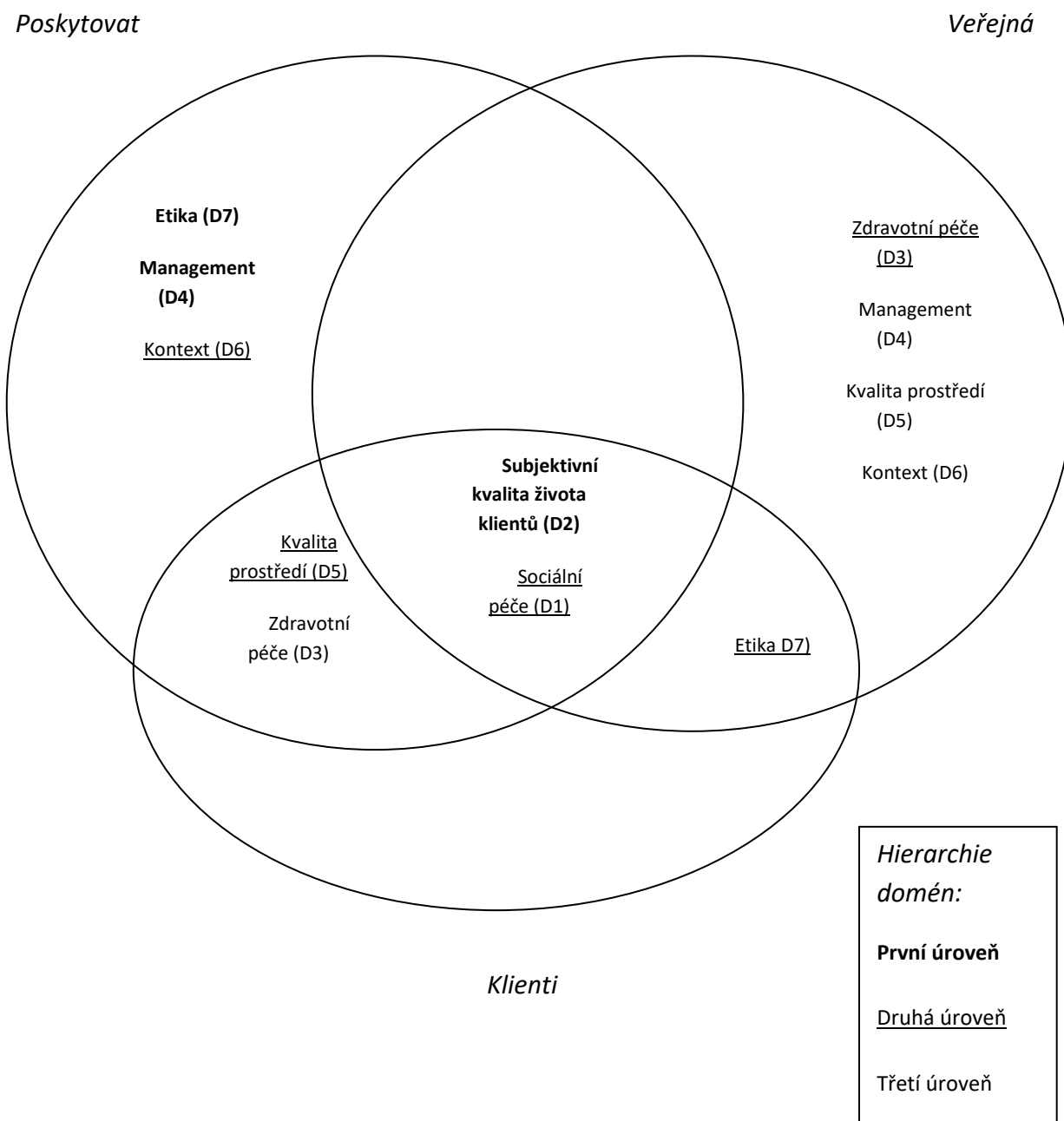
Následující schéma ukazuje prostřednictvím průniků množin představující jednotlivé skupiny, shody a rozdíly v jejich percepci kvality.



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Graf 11: Shody a rozdíly skupin v percepci kvality





Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

5.4. Diskuze ke shodám a rozdílům v percepci kvality mezi skupinami

1. Popisu preferencí naznačuje, že vnímání kvality každou skupinou stakeholderů vytváří specifický vzorec. Pro bližší vysvětlení zjištěných rozdílů mezi skupinami bude užitečné vzít do úvahy konkrétní obsah jednotlivých dimenzí kvality.

2. Dominance hodnocení domény D2 – Subjektivní kvalita života ve všech skupinách

Přes odlišnou výši průměrů skóre mezi skupinami lze konstatovat, že všechny výběrové skupiny hodnotily nejvýše doménu D2 - Subjektivní kvalita života klientů, která má ve všech skupinách zřetelnou statistickou dominanci. Pozoruhodné je, že kromě vysokého hodnocení se ve všech skupinách projevuje také velká shoda mezi respondenty, doména má nejnižší rozptyl skórování ve všech skupinách. Obsah této domény je specifický tím, že všechny její položky vyjadřují kvalitu prostřednictvím vlastního vnímání výsledků služby klienty. Například „*Klienti se cítí ve službě bezpečně a chráněni, vnímají atmosféru služby jako přátelskou, důvěřují personálu a vnímají ho jako kompetentní, cítí podporu v náročných životních situacích, mají pocit, že je respektována jejich osobnost, cítí se podporováni ve své soběstačnosti*“. Nejvyšší hodnocení v této doméně naznačuje, že jak profesionálové (poskytovatelé a veřejná správa), tak uživatelé jsou orientováni silněji na konkrétní výsledky poskytování sociální služby, tak, jak se projevují v životě klientů, což se promítá do preferencí indikátorů kvality tohoto druhu. Vzhledem k tomu, že v současném prostředí sociálních služeb dominují spíše modely řízení kvality orientované více na procesy než jejich výsledky, jsou uvedené zjištění ve skupinách profesionálů svým způsobem překvapující. Avšak je nutné připomenout, že preference v důležitosti neznamena automaticky její inkluzi do systému hodnocení kvality, jak je demonstrováno v analýze III. části dotazníku, která se otázkou inkluze zabývala.

na druhé straně preference subjektivní kvality života ve skupině uživatelů je ve shodě s očekáváním. Uživatelé se orientují silněji na subjektivní vnímání způsobů, jak sociální služba ovlivňuje jejich kvalitu života. Nicméně fakt, že je tato doména



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

vysoko hodnocena také profesionály naznačuje, že je zde prostor pro konsenzus pro nějaký způsob převedení této dimenze do systému hodnocení kvality.

- V hodnocení poskytovatelů** je nejvýše hodnocena doména D2. Dále jsou rovněž vysoce hodnoceny domény D4 - Organizace a D7 - Etika. Obsahem domény Organizace jsou procesy efektivního řízení a organizování, předávání informací, řízení rizik, řízení kvality a kultura řízení. Lze se domnívat, že za tímto hodnocením stojí určitá pragmatická orientace této skupiny. Obsahem domény D7 - Etika jsou pravidla a procesy, které vedou k naplňování povinnosti uživatelů a práv klientů. Jsou zde zmíněny zásady individuálního plánování, otevřené a srozumitelného informování a komunikování s klienty, práce se stížnostmi, respektování vůle klientů, jejich ochrana před násilím a zneužívání. Formulace položek jsou blízké požadavkům, které jsou této skupině velmi dobře známy jako standardy kvality. Pozice této domény na druhém pořadí nasvědčuje, že poskytovatelé mají tyto indikátory ve své praxi zažité a považují je za významnou součást kvality.
- Skupina zaměstnanců veřejné správy** rovněž hodnotila nejvýše doménu D2. Druhou v pořadí hodnotila skupina doménu D3 - Zdravotní péče. Obsahem této domény jsou procesní, výsledkové a vstupní indikátory zaměřené na důsledný monitoring zdravotního stavu klienta, postupy a procedury správné ošetrovatelské péče, její dobré personální zajištění, ale také schopnost služby poskytovat paliativní péči nebo rehabilitaci. Preference této domény může souviset se specifickou rolí skupiny zaměstnanců veřejné správy na poli sociálních služeb. Zaměstnanci veřejné správy často řeší s blízkými a příbuznými situace naléhavé potřeby sociální služby, která je vyvolána zdravotním stavem budoucího klienta. Jednou z důležitých funkcí veřejné správy je formulace určité společenské objednávky, ve které je důležitou složkou dobrá úroveň řešení zdravotního stavu klienta v průběhu sociální služby. Na podobné úrovni je skupinou Veřejná správa hodnocena doména Sociální péče. Její položky popisují lege artis péči, prostřednictvím převážně výsledkových kritérií, např. pomoc reagující na zjištěné potřeby klienta, systematická sociální práce, nabídku specializovaných



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

programů péče vykonávané kvalifikovaným personálem, aktivizaci a volnočasové aktivity apod. Na stejné úrovni hodnocení je také doména Etika, která reprezentuje převážně zákonné požadavky na kvalitu. Orientace této domény na kvalitu procesu péče může být rovněž určitá formulace konkrétní společenské objednávky.

5. **V hodnocení uživatelů, kterým byla distribuována forma dotazníku Standard,** je rovněž nejvíce hodnocena doména D2 - Subjektivní kvalita života. Na druhé pozici je doména Kvalita prostředí. Uživatelé skórovali, jak je pro ně důležité, aby v prostorách, ve kterých se služba poskytuje, bylo dost místa, aby v okolí bylo kam jít, aby prostory byly bezpečné a dobře se v nich orientovalo, aby klienti mohli mít své vlastní pokoje, aby měli prostor pro soukromí, aby dostávali chutné jídlo. Indikátory této domény opět reprezentují praktické výstupy služby, které jsou uživatelům hodnoceny jako důležité. Na stejné úrovni jako Kvalita prostředí, ale níže než Subjektivní kvalita života, je hodnocena doména D1 - Sociální oblast, jejíž položky reprezentují procesní a výsledkové požadavky na správně prováděnou péči a D7 - Etika reprezentující práva klientů.
6. **V hodnocení uživatelů, kterým byla distribuována forma dotazníku Easy To Read** je patrná výrazná dominance domény D2 - Subjektivní kvalita života. Zbývající 4 domény jsou vnímány na stejné úrovni. Preference hodnocení této skupiny jsou nejméně diferencované, což patrně souvisí se specifikou převažujících cílových skupin respondentů. Skupinu tvoří ze 70 % klienti s chronickým duševním onemocněním a klienti s mentálním postižením.
7. **Hodnocení „netradičních“ domén**

Jak již bylo poukázáno v kapitole o metodologii, do dotazníku byly zařazeny také tři domény, skládající se s položek, které v našem zákonném systému hodnocení kvality nejsou implicitně přítomny:

- a. *D2 - Subjektivní kvalita života klientů.* Doména obsahuje položky, které reflektují osobní zkušenost klient se sociální službou. Doména reprezentuje důležitost



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

vzájemných vztahů mezi uživateli a zaměstnanci služby a hodnotí z pozice klienta angažovanost zaměstnanců, jejich empatické porozumění, respekt ke klientovi, podporu jeho autonomie a vypovídá o míře soukromí a bezpečí. Kvalita služby podle tohoto konceptu je založena na pozitivním přijetí klienta službou a na její autentičnosti. Jak bylo konstatováno v předcházejícím textu, doména byla všemi výběrovými skupinami hodnocena jako nejvíce důležitá pro kvalitu sociální služby, takže se dá hovořit o silné obecné preferenci této domény.

- b. *D3 - Kvalita zdravotní péče.* Respondenti všech výběrových skupin posuzovali tuto doménu jako nedílnou součást sociálně zdravotního pomezí služeb péče. v hodnocení skupiny Veřejná správa se tato doména objevuje dokonce v užším ohnisku pozornosti. Lze konstatovat, že všechny zájmové skupiny považovaly tuto doménu za důležitou složku kvality.
- c. *D6 – Kontext.* Doména obsahuje položky, které se tykají možného vlivu širšího společenského a ekonomického prostředí na kvalitu sociální služby, jako je například ekonomická saturace, transparentní a nestranné rozhodování o službě, respektování její profesní svébytnosti. Ačkoliv tato doména nepatřila k nejužšímu ohnisku pozornosti skupin je zřejmé, že výsledky hodnocení skupinami poskytovatelů a veřejné správy potvrzují, že téma patří do chápání kvality.

5.5. Rozdíly mezi výběrovými skupinami v hodnocení jednotlivých položek

V této kapitole jsou prezentovány výsledky odpovědí na výzkumnou otázku: *Jaká je vnímaná důležitost jednotlivých položek napříč skupinami?*

Pro hodnocení rozdílů v důležitosti jednotlivých položek v každé skupině byly vybrány položky, které vykazovaly statistickou signifikanci na úrovni $p < 0,01$ v porovnání s průměrem dané domény. v **Příloze 6 Odchyly položek od průměru** jsou uvedeny odchyly všech položek dotazníků pro všechny skupiny a stupně hodnocení jejich důležitosti.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Doména 1 Sociální oblast

V této doméně byly 4 položky významně více skórovány veřejnou správou a poskytovateli: D1.1 *Identifikace klientových potřeb a odpovídající způsob zajištění péče*, D1.8 *Podpora kontaktů s rodinou a blízkými*, D1.10 *Rychlé a účinné přizpůsobení péče změnám klientova stavu*, D1.11 *Schopnost účinně a eticky vhodně řešit projevy klientů spojených s projevy demence*. Dvě poslední položky byly také hodnoceny jako více důležité uživateli.

Doména 2 Subjektivní kvalita života klientů

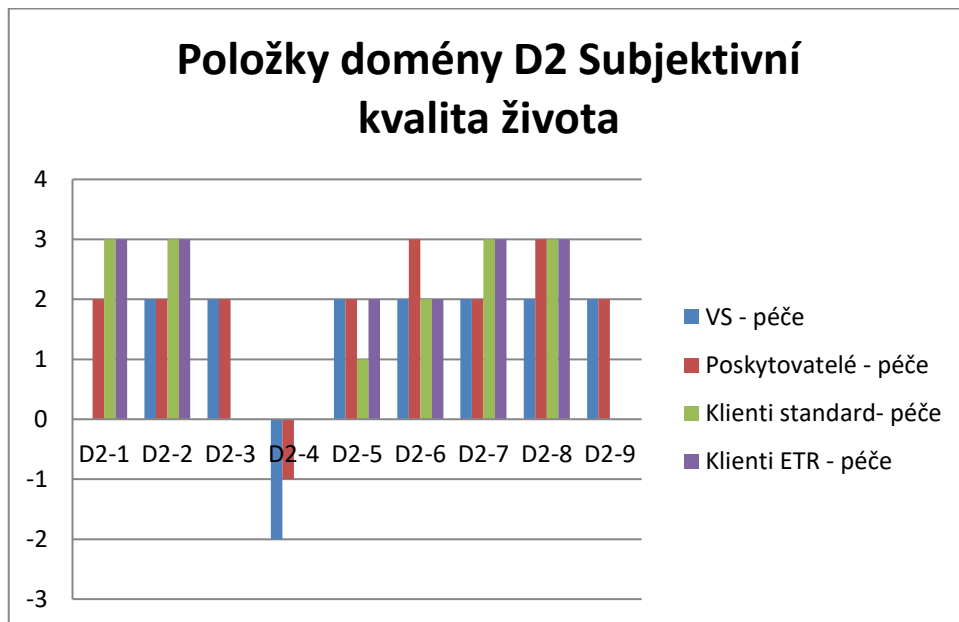
Jak ukazuje následující graf, položky této domény vykazují největší počet vysoce a velmi vysoce hodnocených položek z celkového počtu, 4 položky z 9 byly vysoce hodnoceny všemi skupinami. Graf také ukazuje, že nejvíce velmi vysoce hodnocených položek (čtyři) byly takto hodnoceny uživateli, což naznačuje, že i když tato doména byla vysoko hodnocena všemi skupinami, zvláště pro uživatele má dominantní význam. Pozoruhodné je, že všechny tyto vysoce hodnocené položky vyjadřují emotivní zkušenost: D2 - 1 *Klient vnímá atmosféru služby jako pozitivní*, D2 - 2 *Klient vnímá chování personálu jako přátelské*, D2 - 7 *Klient zažívá ve službě pocit bezpečí* a D2 - 8 *Klient zažívá pocit důvěry personálu*. Domníváme se, že tento fakt by neměl být v systémech hodnocení kvality ignorován.



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Graf 12



Doména 3 Zdravotní péče

V této doméně nebyla žádná z položek poskytovateli hodnocena výše. Položka D 3.2. *Služba je schopna poskytnout paliativní péči* byla hodnocena jako signifikantně důležitější v této doméně respondenty veřejné správy a uživateli.

Doména 4 Organizace a řízení

Doména byla hodnocena jen poskytovateli a veřejnou správou Pouze položka D 4.1 *Existují jasné pracovní postupy a kompetence personálu* byla hodnocena jako významnější skupinou poskytovatelů.

Doména 5 Kvalita prostředí

Také v této doméně byla pouze jedna položka hodnocena jako významnější, tentokrát veřejnou správou - D 5.3. *Pohodlné ubytování poskytující dostatek soukromí*.

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

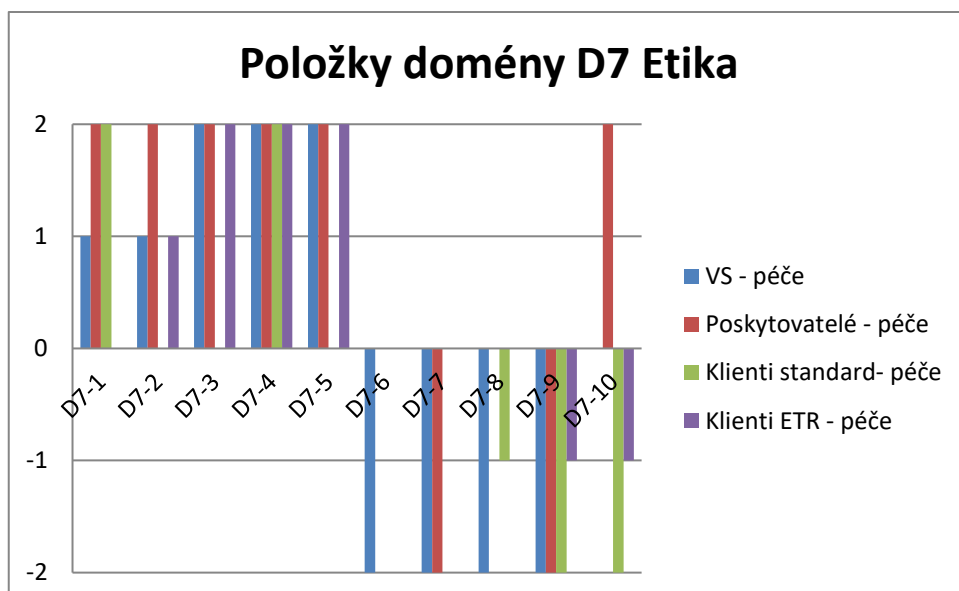
Doména 6 Kontext

Doména byla hodnocena jen poskytovateli a veřejnou správou. Položka D6.- 1 *Služba je přiměřeně ekonomicky saturována*, byla hodnocena jako důležitější poskytovateli a veřejnou správou.

Doména 7 Etika

V této doméně bylo šest položek hodnoceno jako signifikantně více důležité alespoň jednou skupinou. Položka D 7.4 *Účinné řešení situací hrozící násilím* byly významně více hodnoceny všemi skupinami stakeholderů. Poskyvatelé a veřejná správa se shodovali ve vyšším hodnocení položky D 7.5. *Otevřené a srozumitelné informování a komunikace s klientem*, zatímco uživatelé výše hodnotili položku D 7.1. *Respekt k právům uživatelů*. Viz následující graf.

Graf 13



Závěr: Informace o preferencích jednotlivých položek skupinami dokresluje obraz preferencí domén. Společné preference naznačují konsenzuální vnímání určité položky



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

skupinami stakeholderů. Preference určité položky skupinou uživatelů také naznačuje, že položka poskytuje klientovi důležitou a srozumitelnou informaci o kvalitě služby.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

6. Výsledky III. část dotazníku - služby sociální péče

Otázky třetí části⁶ obsahovaly pouze dotazníky pro poskytovatele a veřejnou správu. Domény a jednotlivé položky se shodovaly s II. částí dotazníku. Doména D6 - Kontext nebyla do třetí části zařazena, protože obsahovala požadavky, které nejsou adresovány poskytovatelům sociálních služeb a jsou mimo jejich vliv. Hlavní rozdíl proti druhé části byl v instrukci, která představovala novou podmětovou situaci; respondenti byli požádáni, aby na pětibodové škále vyjádřili míru souhlasu, že příslušná položka by měla být obsažena v požadavcích zákonného systému kvality.

6.1. Charakter distribuce

Celková distribuce skóru

Porovnání celkové distribuce škálových hodnot obou výběrových skupin (N=466) v jednotlivých doménách v % ukazuje následující graf. Distribuce vypovídá o celkové tendenci skórování respondenty.

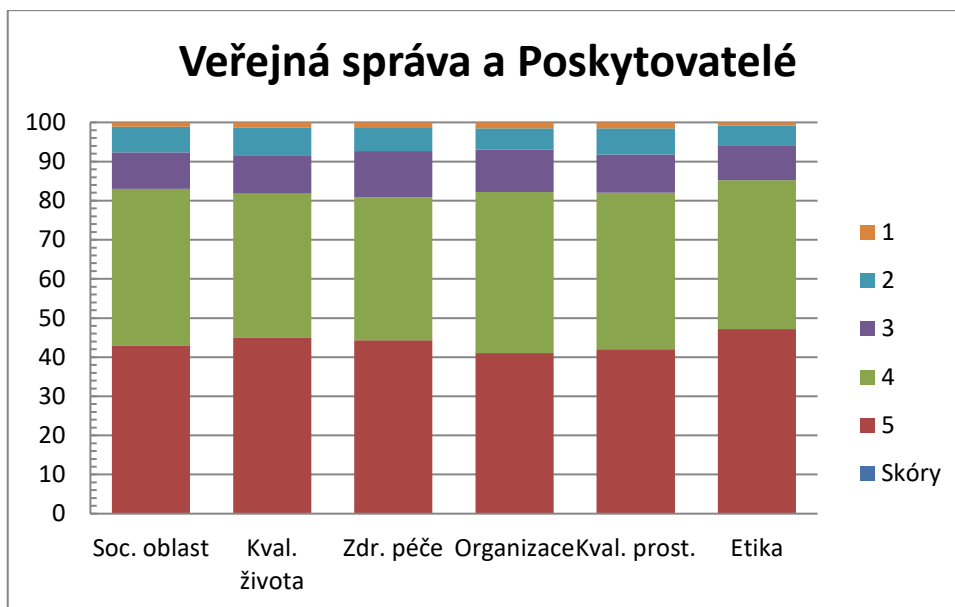
⁶ Viz kapitola 4.2.1 Struktura dotazníku



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Graf 14 N=466 Celková distribuce škálových hodnot



Distribuce skóreů je velmi podobná rozložení v části II., nacházíme rovněž vysoký podíl stupňů 4 a 5. Hodnocení je v doménách je také velmi vyrovnané, v rozmezí od 81,8 % do 85,3 % (nejvyšší skóre „velmi významné“ a „významné“).

6.2. Rozdíly mezi skupinami v hodnocení domén

Tato část byla zaměřena na výzkumnou otázku „*Jaké jsou rozdíly mezi skupinami ve vnímání důležitosti jednotlivých domén pro zařazení do standardů kvality.*“

Pro analýzu byl použit stejný postup jako pro II. část dotazníku. Všechny domény byly porovnávány ve výběrových charakteristikách skupin (průměr a odchylka). Byl užit Mann-Whitneyův neparametrický test. Výsledky jsou udány pomocí p-hodnoty testu, údaje pod 0,05 jsou uvažovány jako statisticky signifikantní. Rozdíly mezi skupinami nebyly statisticky velmi významné s jedinou výjimkou. Doména D3 - Zdravotní oblast je hodnocena skupinou veřejná správa statisticky významně výše než skupinou poskytovatelé. Rozdíl je významný na hladině významnosti menší než 1 %. Viz Tab.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Tab. 28. Statistická významnost rozdílů mezi skupinami v jednotlivých doménách

Doména	Poskytovatelé	Veřejná správa	p-hodnota testu
D1 – Sociální oblast	4,14±0,72 ^a	4,20±0,60	0,833
D2 – Subjektivní kvalita života	4,19±0,85	4,15±0,82	0,385
D3 – Zdravotní péče	3,97±0,89	4,27±0,66	<0,001
D4 – Organizace	4,19±0,82	4,12±0,75	0,130
D5 – Kvalita prostředí	4,14±0,84	4,13±0,72	0,598
D7 – Etika	4,30±0,69	4,21±0,68	0,114

V porovnání se skórováním stejných položek v části hodnotící důležitost domén pro kvalitu, kde byly nalezeny statisticky významné rozdíly mezi skupinou poskytovatelů a veřejné správy v hodnocení většiny domén (v šesti ze sedmi) nacházíme v hodnocení inkluze položek do zákonného systému kvality opačný výsledek tedy téměř shodu, s výjimkou D3 - Zdravotní péče.

6.3. Porovnání hodnocení II. a III. části

Tato část je zaměřena na výzkumnou otázku: „*Jaká je vzájemná vazba mezi vnímanou důležitostí a preferencí k zařazení do standardů u jednotlivých skupin stakeholderů.*“

Je zřejmé, že ačkoliv položky a domény v obou částech byly stejné, v případě třetí části šlo o novou podnětovou situaci, která byla postavena na ověření předpokladu, že položky hodnocené jako důležité pro kvalitu by měly být stejně či podobně významné pro zařazení do zákonného systému kvality. Jak spolu korelovalo posuzování důležitosti oblastí pro kvalitu a jejich posuzování z hlediska důležitosti pro zařazení do zákonného systému kvality v obou skupinách ukazuje tabulka Pearsonových koeficientů. Následný test signifikance ukázal, že všechny zjištěné korelace jsou statisticky významné kromě domény D2.



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Tab. 29 Pearsonových korelačních koeficientů

<i>Doména</i>	<i>Poskytovatelé - péče</i>	<i>Veřejná správa - péče</i>
<i>D1 – Sociální oblast</i>	0.438	0.316
<i>D2 – Subjektivní kvalita života</i>	0.251 (p=0,002)	0.193 (p=0,007)
<i>D3 – Zdravotní péče</i>	0.492	0.637
<i>D4 – Organizace</i>	0.425	0.524
<i>D5 – Kvalita prostředí</i>	0.418	0.245
<i>D7 – Etika</i>	0.450	0.507

Korelace mezi oběma druhy posuzování domén se ukázaly jako pozitivní, avšak velmi nízké, u skupiny Poskytovatelé dokonce pod hodnotou 0,5 a široce variující od 0,193 (Subjektivní kvalita života u veřejné správy) až 0,637 (Zdravotní péče, rovněž u této skupiny). Nápadná je zejména velmi slabá korelace mezi obojím hodnocením důležitosti Subjektivní kvality života. ve skupině veřejné správy je tato korelace dokonce nejslabší zjištěnou korelací v obou skupinách, avšak i ve skupině poskytovatelů je nejnížší hodnotou této skupiny (0.251). Pozoruhodným faktem je, že zatímco v situaci hodnocení důležitosti této domény pro kvalitu dosahovala Subjektivní kvalita života nejvyšších hodnot, v hodnocení důležitosti pro zařazení do standardů kvality je tomu přesně naopak. Korelace mezi oběma druhy hodnocení této domény u poskytovatelů je velmi nízká, jak již bylo řečeno pouze 0,211 a u veřejné správy ještě nižší (0,193) a je tedy zřejmé, že do hodnocení inkluze vstupují jiné proměnné, které jsou příčinou této nekonzistence.

Hodnocení domény Subjektivní kvalita života klientů, které sejevilo překvapivě vysoké v obecné důležitosti pro kvalitu, dostává v případě zvažované inkluze tohoto indikátoru do zákonných standardů významný korektiv; obě skupiny považovaly tuto doménu za nejméně důležitou pro zařazení do zákonného systému kvality. V úvahu přicházející interpretace by mohly reflektovat vliv převládající praxe hodnocení kvality prostřednictvím procesních indikátorů a malou důvěru v hodnocení podle výsledků služby, která pramení z nedostatku validních nástrojů.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

7. Výsledky II. část dotazníku – služby sociální prevence

Následující text prezentuje data získaná z druhé části dotazníku⁷ zaměřené na zjišťování, jak vnímají kvalitu v oblasti sociální péče jednotlivé skupiny stakeholderů služeb sociální prevence. Respondenti byli v této části žádáni o posouzení důležitosti každé položky pro kvalitu služby na pětibodové škále Likertova typu.

7.4. Charakter distribuce

Celková distribuce skóru

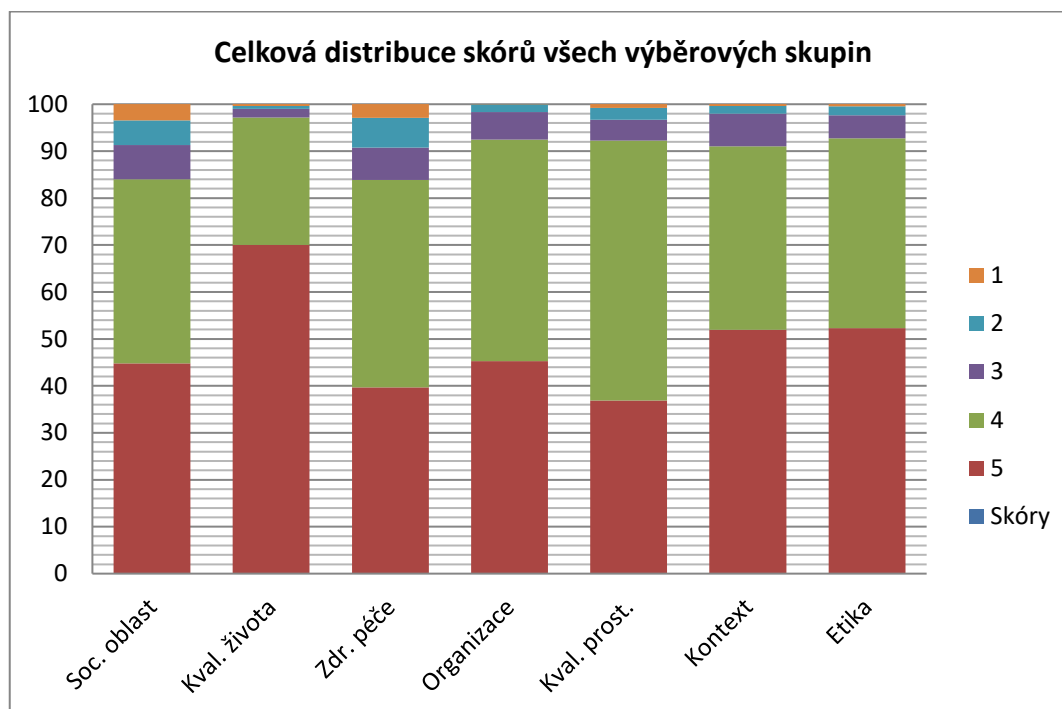
Porovnání celkové distribuce škálových hodnot všech výběrových skupin v jednotlivých doménách v % ukazuje graf:

⁷ Viz kapitola 4.2.1 Struktura dotazníku

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Graf 15. N=516



Z grafu je patrný vysoký podíl stupňů 4 a 5 podobně jako u dotazníků pro služby sociální péče. Jak již bylo konstatováno, vysoké hodnocení významnosti jednotlivých domén není překvapivé vzhledem k vysoké validitě⁸ vybraných položek, které velmi pravděpodobně dobře⁹ vyjadřují jednotlivé aspekty kvality. (Nejvyšší skóry „velmi významné“ a „významné“ se pohybují od 84 % odpovědí v doméně Zdravotní péče až do 98 % v doméně Subjektivní kvality života)

⁸ Viz předcházející kapitola Reliabilita a validita dotazníků

⁹ viz kapitola Validita a reliabilita

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

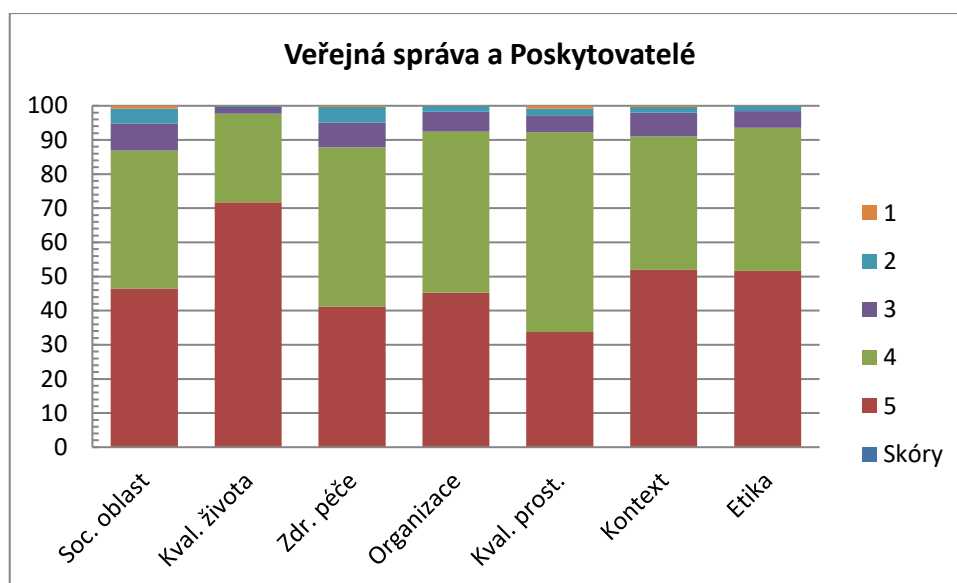
CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

V souhrnu všech respondentů vysoko převažuje počet respondentů ve skupině poskytovatelů a zaměstnanců veřejné správy (celkem N= 461) nad uživateli (N=55). Oddělené porovnání skupin profesionálů (Poskytovatelé a Veřejná správa) a uživatelů ukazuje na rozdíly v tendencích hodnocení obou skupin, jak ukazují grafy 16 a 17.

Skupina profesionálů

Jak ukazuje Graf 16. pro skupinu profesionálů je typické používání obou vysokých skóre (4+5) pro hodnocení domén na hladině kolem 90 % všech respondentů. Profesionálové hodnotili nejvíce oběma vysokými skóre doménu Subjektivní kvalita života klientů (98 % respondentů) a nejméně domény Zdravotní péče a Sociální oblast (87 %)

Graf 16 N=461



Profesionálové měli tendenci používat méně často nejnižší skóre 2 a 1 (málo významné, nevýznamné). Tato hodnocení se pohybovala v rozmezí od 1,5 % respondentů (Etika) do 5,3 % (Sociální oblast).

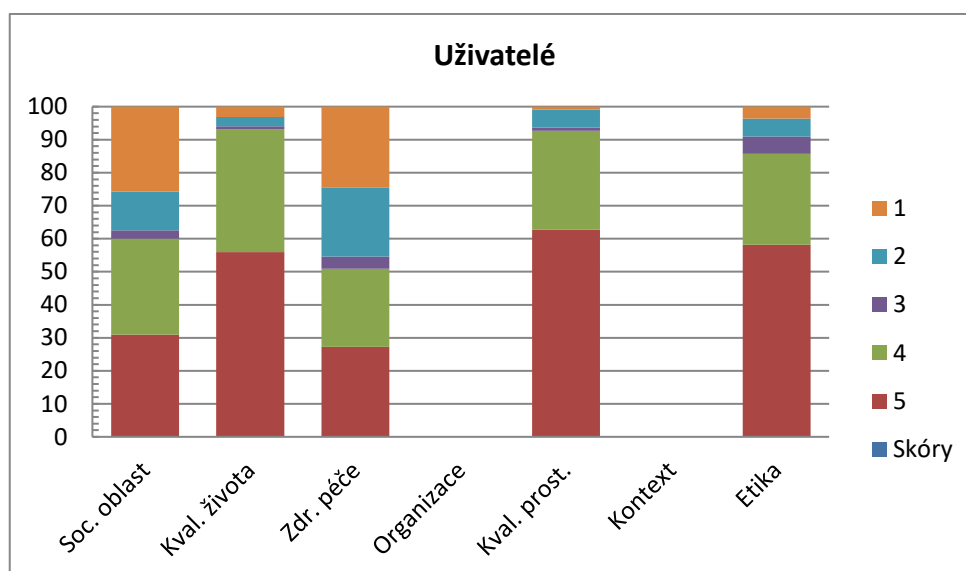
Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Skupina uživatelů¹⁰

V porovnání s profesionály hodnocení uživateli probíhalo diferencovaněji. Uživatelé hodnotili vysokými skóry 4 a 5 nejvíce domény Kvalita prostředí (93 %), Subjektivní kvalita života (94 %) a Etika (86 %). Nejméně je hodnocena vysokými skóry Zdravotní péče (51 %) a Sociální oblast (60 %).

Graf 17 N=55



Rozdíly v rozptylu skóre skupin profesionálů a uživatelů se také ukazují v porovnání distribuce nejnižších skóre (málo významné a nevýznamné), kdy ve skupině profesionálů mají tyto skóre rozptyl od 1,5 % do 5,2 % respondentů, zatímco u skupin klientů je rozptyl jejich výskytu od 6 % (Subjektivní kvalita života) do 47 % (Zdravotní péče).

¹⁰ Dotazník pro služby sociální prevence, byl na rozdíl od služeb sociální péče distribuován pouze jedné skupině klientů, ve verzi pro klienty bez obtíží v poznávací oblasti (verze Standard).

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

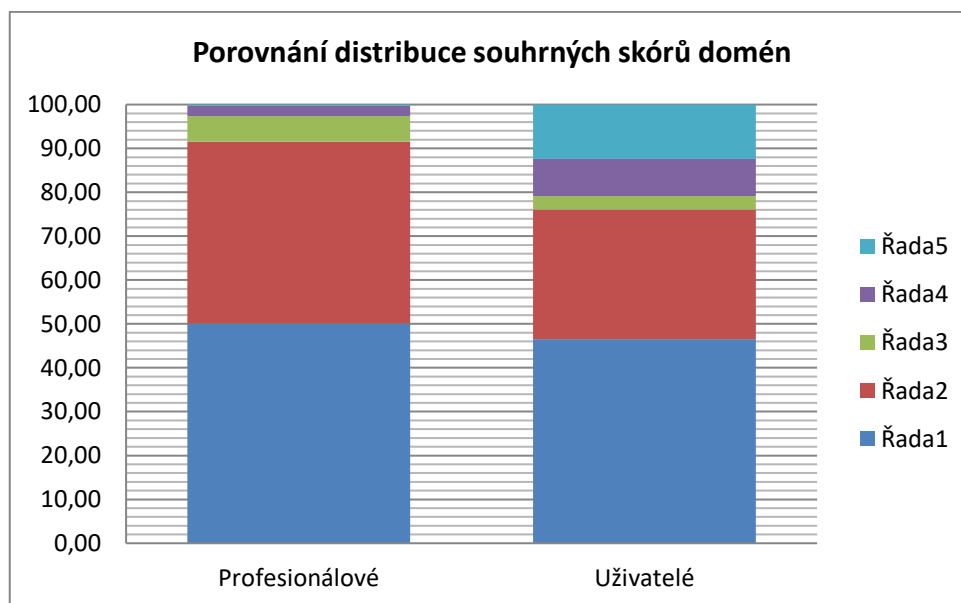
CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Porovnání distribuce skóre profesionálů a uživatelů

Porovnání souhrnných skóre domén obou skupin pomocí testu skutečného a očekávaného rozložení chí kvadrát naznačuje, že rozdíly v tendencích skórování obou skupin jsou významné na hladině pod 1%. Skórování uživatelů se jeví jako diferencovanější než hodnocení profesionálů.

Graf 18

Rozdíly v tendencích skórování jsou také dobře patrné z porovnání souhrnné distribuce skóru všech domén v každé výběrové skupině.



S ohledem na dobrou reliabilitu dotazníků služeb sociální péče umožňuje statistická významnost rozdílů v distribuci předpokládat, že rozdíly v hodnocení nejsou náhodné. Jedno z možných vysvětlení by mohlo znít, že hodnocení profesionálů ovlivňuje více snaha o objektivitu, případně se cítí vázání určitou odpovědností, kdežto klienti mají k hodnocení více osobní, subjektivní přístup.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

7.2. Rozdíly mezi výběrovými skupinami v hodnocení domén

Komparace škálových dat napříč skupinami přináší odpovědi na otázku, zda existují rozdíly mezi skupinami v hodnocení domén a jaké to jsou. Byly použity metody: Friedmannův test (pro komparaci v rámci skupin napříč doménami), Kruskal-Wallisův test v případě srovnání 3 skupin (tj. D1, D2, D3, D5 a D7) v rámci domén, Mann-Whitneův test pro srovnání dvou skupin (D4, D6). Dále provedeno párové srovnání Dunnovou metodou ke zjištění signifikantních rozdílů pro jednotlivé dvojice.

Friedmannův test ukázal, že existují statisticky významné rozdíly při všech srovnáních napříč doménami. Dále byly provedeny srovnávání napříč tří skupin respondentů ve výběrových charakteristikách společných domén. Rozdíly mezi všemi skupinami byly statisticky velmi významné na hladině menší než $p = 1\%$, u domén D1, D2, D3 a D5, v doméně D7 statisticky významný rozdíl nalezen nebyl. V doménách D4 a D6, které obsahovaly pouze dotazníky pro Poskytovatele a Veřejnou správu, nebyl nalezen statisticky významný rozdíl.

Podrobněji vzájemné rozdíly skupin mapují párová srovnávání. V doméně D2 nebyl nalezen statisticky významný rozdíl mezi skupinou Poskytovatelé a Veřejná správa, avšak mezi skupinami profesionálů (Poskytovatelé, Veřejná správa) a mezi Uživateli jsou rozdíly statisticky významné. Statistická významnost rozdílu nebyla nalezena také v doméně D5 mezi skupinami Veřejné správy a Uživatelé. v doméně D7 párové srovnávání neukázalo žádný statisticky významný rozdíl. Viz Tab.



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Tab. 30 Statistická významnost rozdílů v doménách mezi skupinami

Doména	Poskytovat. (1)	Veř. správa (2)	Uživatelé (3)	p-hodnota testu	p-hodnota párová srovnání
D1 – Sociální oblast	4,19±0,46 ^a	4,42±0,43	3,28±0,38	<0,001	<0,001 (1-2)
					<0,001 (1-3)
					<0,001 (2-3)
D2 – Subjektivní kvalita života	4,70±0,41	4,67±0,45	4,40±0,50	<0,001	0,772 (1-2)
					<0,001 (1-3)
					<0,001 (2-3)
D3 – Zdravotní péče	4,09±0,80	4,49±0,62	3,08±1,16	<0,001	<0,001 (1-2)
					<0,001 (1-3)
					<0,001 (2-3)
D4 – Organizace	4,37±0,47	4,34±0,56	N/A	0,954	N/A
D5 – Kvalita prostředí	4,12±0,66	4,37±0,57	4,48±0,71	<0,001	<0,001 (1-2)
					<0,001 (1-3)
					0,057 (2-3)
D6 – Kontext	4,43±0,51	4,36±0,59	N/A	0,405	N/A
D7 – Etika	4,44±0,44	4,42±0,46	4,31±0,35	0,054	0,721 (1-2)
					0,016 (1-3)
					0,039 (2-3)

7.3. Preference v hodnocení domén výběrovými skupinami

Komparace dat napříč škálami v rámci každé skupiny přináší odpovědi na výzkumnou otázku: „*Jaká byla relativní důležitost domén napříč jednotlivými skupinami?*“ k zjištění hierarchie byl použit Nemenyiho post-hoc test.

Následující tabulka ukazuje pořadí domén v každé skupině podle hodnoty průměru domény. Prezentované pořadí však nebere v úvahu statistickou významnost rozdílu průměrů domén uvnitř skupin. Lze předpokládat, že skutečná hierarchie nebudou tak lineární, jak naznačuje tabulka.



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Tab. 31

Poskytovatelé		Státní správa		Uživatelé	
D2 – Subjektivní kvalita života	4,7	D2 – Subjektivní kvalita života	4,67	D5 – Kvalita prostředí	4,48
D7 – Etika	4,44	D3 – Zdravotní péče	4,49	D2 – Subjektivní kvalita života	4,4
D6 – Kontext	4,43	D1 – Sociální oblast	4,42	D7 – Etika	4,31
D4 – Organizace	4,37	D7 – Etika	4,42	D1 – Sociální oblast	3,28
D1 – Sociální oblast	4,19	D5 – Kvalita prostředí	4,37	D3 – Zdravotní péče	3,08
D5 – Kvalita prostředí	4,12	D6 – Kontext	4,36		
D3 – Zdravotní péče	4,09	D4 – Organizace	4,34		

Pro porovnání relativního pořadí preferencí domén jednotlivými výběrovými skupinami bylo provedeno srovnání statistické významnosti rozdílů průměrů mezi doménami v každé skupině na základě Nemenyi testu, viz tab.

Tab. 32 Poskytovatelé

	D1	D2	D3	D4	D5	D6
D2	0.000000e+00					
D3	9.145533e-01	0.000000e+00				
D4	2.746070e-06	4.740652e-14	7.104449e-04			
D5	9.999904e-01	0.000000e+00	9.690711e-01	0.000009		
D6	3.872094e-10	1.070921e-12	5.198486e-07	0.779137	1.721927e-09	



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

D7	1.744194e-10	2.516654e-12	2.665711e-07	0.709933	7.952158e-10	1.0
-----------	--------------	---------------------	---------------------	----------	---------------------	-----

Tab. 33 Veřejná správa

	D1	D2	D3	D4	D5	D6
D2	1.078900e-08					
D3	1.699098e-01	3.431651e-03				
D4	8.292485e-01	8.747447e-13	0.002567			
D5	9.999736e-01	5.530763e-08	0.290550	0.676011		
D6	9.996875e-01	7.852791e-10	0.062362	0.964556	0.994586	
D7	1.000000e+00	1.480619e-08	0.189629	0.803367	0.999992	0.999383

Tab. 34 Klienti

	D1	D2	D3	D5
D2	6.342704e-13			
D3	8.293197e-01	1.100898e-09		
D5	8.604228e-14	9.913778e-01	5.037104e-11	
D7	1.636084e-09	7.984060e-01	9.420087e-07	0.518146

Pro rozlišení míry statistické významnosti rozdílů mezi průměry domén byly zvoleny následující kritéria:

- rozdíl mezi doménami není statisticky významný pro p hodnoty vyšší než 5 %, lze předpokládat, že respondenti vnímají tyto domény jako stejně důležité pro kvalitu
- vztah je vysoce statisticky významný pro hodnoty p pod 1 %, je vysoce pravděpodobně, že respondenti vnímají důležitost těchto domén pro kvalitu rozdílně.

Výsledný obraz, který bere v úvahu míru statistických významností rozdílů mezi doménami, naznačuje, že vztahy mezi středními hodnotami vytvářejí více či méně zřetelnou hierarchii preferencí jednotlivých domén. Stále je však třeba mít na paměti skutečnost, která byla prezentována v předcházející kapitole o distribuci skóru, že všechny domény byly všemi skupinami hodnoceny velmi pozitivně, byť hodnota jejich pozitivního hodnocení kolísá.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

v žádném případě naznačená hierarchie tendencí (zájmu) neznamena, že domény s nejnižším hodnocením jsou považovány za málo důležité nebo dokonce nedůležité a jsou mimo zájem skupiny. Vztahy mezi jednotlivými doménami v každé výběrové skupině respondentů lze shrnout do následujícího popisu a pro názornost jsou rovněž demonstrovány s jistým zjednodušením graficky.

Poskytovatelé

Výše průměrných hodnot domén a porovnání statistické významnosti rozdílů mezi nimi naznačuje určitou hierarchii ve skupině Poskytovatelé, tvořenou třemi poměrně diferencovanými úrovněmi:

První úroveň tvoří doména D2 - Subjektivní kvalita života klientů, s nejvyšší průměrnou hodnotou, která je statisticky vysoce významně vyšší než hodnoty všech ostatních domén D7, D6, D4, D1, D5, D3. Dominance hodnocení této domény nad ostatními je jednoznačná.

Následují domény D7-Etika, D6 – Kontext a D4 – Organizace. Mezi těmito doménami neexistují statisticky významné rozdíly. Statisticky významné rozdíly všech domén této úrovně však existují směrem ke zbývajícím třem doménám D1, D5, D3.

Třetí, nejnižší úroveň preferencí tvoří právě tyto zbývajcí domény D1 - Sociální oblast, D5 - Kvalita prostředí a D3 - Zdravotní péče.

1. D2
2. D7 D6 D4
3. D1 D5 D3



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Veřejná správa

V této skupině se objevuje zřetelná hierarchie mezi první a druhou úrovní preferencí.

První úroveň představuje doména D2 Subjektivní kvalita života, která je hodnocena velmi významně výše než všechny ostatní domény. Tendence k preferenci této domény nad ostatními je velmi zřetelná a proto tvoří samostatnou úroveň.

Do druhé úrovně patří zbývajících 6 domén, přičemž doména D3 – Zdravotní péče tvoří jakýsi přechod, je hodnocena statisticky významně výše než doména s nejnižším průměrným skórem D4 – Organizace a slabě statisticky významně výše než doména s druhým nejnižším skórem D6 – Kontext ($p = 0,063$). do druhé úrovně rovněž patřily domény D7 – Etika, D1, Sociální oblast, D5 – Kvalita prostředí a již zmíněné domény s nejnižšími průměry D6 – Kontext a D4- Organizace. Mezi těmito pěti doménami neexistují statisticky významné rozdíly (D7, D1, D5, D6, D4).

1. D2

2.1. D3

2.2. D1, D4, D5, D6, D7

Uživatelé

Porovnání ukazuje značné rozdíly mezi 3 doménami s vysokými hodnotami a zbývajícimi dvěma doménami s nízkými hodnotami. Mezi doménami vyšší a nižší úrovně existuje statisticky vysoce významný rozdíl. Do skupiny, tvořící vyšší úroveň preferencí, patří domény D5 - Kvalita prostředí, D2 - Subjektivní kvalita života a D7 - Etika. Nižší úroveň preferencí představují domény D1 - Sociální oblast, a D3 - Zdravotní péče.

1. D2, D5, D7

2. D1, D3



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

7.4. Diskuze ke shodám a rozdílům v percepci kvality mezi skupinami

1. Dominance hodnocení domény D2 -Subjektivní kvalita života ve všech skupinách

Lze konstatovat, že všechny výběrové skupiny hodnotily vysoko doménu D2 - Subjektivní kvalita života klientů, která má ve všech skupinách zřetelnou statistickou dominanci. Obsahem této domény jsou klienty vnímané výsledky poskytované služby, které ovlivňují jeho kvalita života. Například: „*Klienti se cítí ve službě bezpečně, vnímají zájem a ochotu personálu, vědí, že při zvládnání náročných životních situací mohou dostat emocionální podporu ze strany personálu*“.

Ve skupině Poskytovatelé a Veřejná správa je tato doména hodnocena na nejvyšší úrovni, statisticky významně vyšší než všechny ostatní, takže tvoří pomyslnou špičku hierarchie preferencí. Výše hodnocení je v obou skupinách prakticky stejná, jak již bylo konstatováno, mezi těmito skupinami neexistuje v této doméně statisticky významný rozdíl. Lze obdobně, jako při interpretaci analogických výsledků dotazníků pro služby sociální péče konstatovat určitou neobvyklost či nečekanost těchto výsledků vzhledem k dominanci procesně orientovaných modelů řízení kvality v současné praxi.

Ve skupině Uživatelé je tato doména hodnocena rovněž vysoko, avšak srovnatelně s dalšími dvěma doménami (Kvalita prostředí a Etika) a je tedy jednou ze tří významně preferovaných oblastí kvality.

2. Skupina Poskytovatelé: na druhé úrovni za dominantně preferovanou doménou D2 - Kvalita života je výrazná trojice stejně hodnocených domén D7 - Etika, D6 - Kontext a D4 – organizace. Obsahem domény D7 - Etika jsou pravidla a procesy, které vedou k naplňování povinnosti uživatelů a práv klientů. Jsou zde zmíněny zásady individuálního plánování, otevřeného a srozumitelného informování a komunikování s klienty, práce se stížnostmi, respektování vůle klientů, jejich ochrana před násilím a zneužívání. Formulace položek jsou blízké požadavkům, které jsou poskytovatelům velmi dobře známy jako standardy kvality. Doména D6- obsahuje vnější podmínky pro výkon kvalitní služby, zejména financování a správu, akcentace této domény



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

poskytovateli je očekávatelná, podobně jako u domény Organizace, jejímž obsahem jsou procesy efektivního řízení a organizování, předávání informací, řízení rizik, řízení kvality a kultura řízení. Lze se domnívat, že tato trojice vysoce hodnocených domén vyjadřuje jakousi pragmatickou bázi, které vedou podle manažerských zkušeností této skupiny k dobrým výsledkům.

3. **Skupina Veřejná správa:** za dominantně hodnocenou doménou D2, stojící na nejvyšší úrovni hodnocení Veřejné správy jsou ostatní méně akcentované domény D3, D7, D1, D5, D6, D4. Určitou výjimku tvoří D3 – Zdravotní péče, která má významně vyšší hodnocení než dvě poslední domény této řady (D6 – Kontext a D4 - Organizace). Obsahem této domény jsou procesní, výsledkové a vstupní indikátory zaměřené na důsledný monitoring zdravotního stavu klienta, postupy a procedury správné ošetrovatelské péče, její dobré personální zajištění, ale také schopnost služby poskytovat paliativní péči nebo rehabilitaci. Můžeme hovořit o určité preferenci této domény, která může souviset se specifickou rolí skupiny zaměstnanců veřejné správy na poli sociálních služeb. Jak již bylo konstatováno u obdobných výsledků služeb sociální péče, zaměstnanci veřejné správy možná formulují určitou společenskou objednávku, do které patří komplexní řešení potřeb klienta včetně jeho zdravotních problémů.
4. **Skupina Uživatelé:** v hodnocení této skupin jsou patrné dvě úrovně, dominantní je trojice domén D5 - Kvalita prostředí, D2 - Subjektivní kvalita života a D7 - Etika. Uživatelé skórovali, jak je pro ně důležité, aby prostory služby byly účelně a esteticky vybavené a aby případné ubytování poskytovalo soukromí (D5 - Kvalita prostředí). Dále vysoko hodnotili bezpečnost služby ochotu a empatii personálu (D2 - Kvalita života) a naplňování jejich práv (D7 - Etika). Indikátory těchto domén opět reprezentují určité praktické výstupy služby, důležité pro uživatele.
5. **Hodnocení „netradičních“ domén** - do dotazníku byly zařazeny tři domény, které se skládají z položek, které v našem zákonném systému hodnocení kvality nejsou implicitně přítomny:



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

- a. **D2 - Subjektivní kvalita života klientů:** Jak již bylo konstatováno v předcházejícím textu, doména byla všemi výběrovými skupinami hodnocena jako nejvíce důležitá pro kvalitu sociální služby
- b. **D3 - Kvalita zdravotní oblast:** Respondenti všech výběrových skupin posuzovali tuto doménu jako součást poskytování sociální služby. v hodnocení skupiny Veřejná správa se tato doména objevuje dokonce v užším ohnisku pozornosti. Lze konstatovat, že všechny zájmové skupiny považovaly tuto doménu za důležitou složku kvality.
- c. **D6 – Kontext.** Doména obsahuje položky, které se tykají možného vlivu širšího společenského a ekonomického prostředí na kvalitu sociální služby, jako je například ekonomická saturace, transparentní a nestranné rozhodování o službě, respektování její profesní svébytnosti. Tato doména patřila mezi výrazně hodnocené domény pouze ve skupině Poskytovatelé.

7.5. Rozdíly mezi výběrovými skupinami v hodnocení jednotlivých položek

Kapitola přináší odpovědi na výzkumnou otázku: „*Jaká je vnímaná důležitost jednotlivých položek napříč skupinami?*“

U každé z položek byla testována užitím jednovýběrového t-testu nulová hypotéza, že její střední hodnota se neliší od souhrnného průměru za všechny položky v rámci dané skupiny. Pro hodnocení rozdílů v důležitosti jednotlivých položek v každé skupině byly vybrány položky, které vykazovaly statistickou signifikanci na úrovni $p < 0,01$ v porovnání s průměrem dané domény.

Přehled odchylek od průměrů všech položek dotazníků pro všechny skupiny a způsob jejich hodnocení je uveden v **Příloze 6**. Odchylky položek od průměru.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Doména 1 Sociální oblast

Dvě položky byly významně více skórovány všemi skupinami, D1.1 - *Identifikace klientových potřeb a způsob zajištění péče s jasně stanovenými cíli* a D1.2 - *Pomoc podporující samostatnost klienta a jeho odpovědnost v řešení zjištěných potřeb*. Položka D1.7- *Návaznost na další sociální služby* byla shodně vysoko hodnocena poskytovateli a veřejnou správou. Uživatelé hodnotili významně vysoko také položku D1.3 - *Sociálně terapeutické činnosti podle osvědčených modelů, vykonávané vyškoleným personálem*

Doména 2 Subjektivní kvalita života klientů

Položky D2. 1 - *Klienti vnímají zájem a ochotu personálu, věří, že jim služba může pomoci řešit jejich situaci* a D2.3 - *Klienti se cítí ve službě bezpečně, vědí, že nebudou vystavováni ponižování a diskriminaci, budou chráněni proti psychickému a fyzickému násilí a zneužívání* byla hodnoceny významně vysoko všemi skupinami. Položka D2.2 - *Klienti vnímají, že je personál bere bez předsudků takové, jací jsou, bere jejich záležitosti vážně*, byla hodnocena vysoko skupinami poskytovatelů a veřejné správy. Položka D2. 4 - *Klienti vědí, že při zvládnutí náročných životních situací mohou dostat emocionální podporu ze strany personálu*, byla hodnocena vysoko poskytovateli.

Doména 3 Zdravotní péče

V této doméně žádná skupina nehodnotila položky významně výše.

Doména 4 Organizace a řízení

Doména byla hodnocena jen poskytovateli a veřejnou správou. Pouze poskytovatelé hodnotili *dvě položky významně výše – D4.1 - Existují jasné pracovní postupy a kompetence personálu* a D4. 6 - *Dobrá organizační kultura, týmová spolupráce*.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Doména 5 Kvalita prostředí

Uživatelé hodnotili obě položky této domény významně výše D5. 1 - *Vhodné a dobře vybavené prostory pro aktivity* a D5. 2 - *Vybavení ubytovacích prostor účelně, esteticky, v souladu s hygienickými normami, poskytující přiměřené soukromí, v případě ubytování rodin, aby splňovaly základní podmínky pro rodinný život.*

Doména 6 Kontext

Doména byla hodnocena jen poskytovateli a veřejnou správou. Obě skupiny hodnotili výše položku D6.1. - *Služba je přiměřeně ekonomicky saturována.* Pouze poskytovatelé hodnotili vysoko také položku D6. 4 - *Služba je stabilní a má dobrou perspektivu*

Doména 7 Etika

Dvě položky byly hodnoceny všemi skupinami signifikantně výše D7.1 - *Respekt k právům klientů* a D7.3 - *Plánování služby ve spolupráci s klientem.* Položka D7.2 - *Hledání řešení a rozhodování společně s klientem* byla výše hodnocena shodně skupinou poskytovatelů a klientů. Položka D7.4 - *Účinné řešení situací hrozící násilím nebo zneužíváním* byla shodně vysoko hodnocena skupinami veřejné správy a klienty. Položka D7.5 - *Otevřené a srozumitelné informování a komunikace s klientem* shodne vysoko hodnocena poskytovateli a klienty.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

8. Výsledky III. část dotazníku – služby sociální prevence

Třetí část¹¹ obsahovaly pouze dotazníky pro poskytovatele a veřejnou správu. Domény a jednotlivé položky se shodovaly s II. částí dotazníku, s výjimkou domény D6-Kontext, která nebyla zařazena, protože obsahovala požadavky, které nejsou adresovány poskytovatelům sociálních služeb a jsou mimo jejich vliv. Respondenti byli instruováni jinak než ve druhé části, byli požádáni, aby na pětibodové škále vyjádřili míru souhlasu, zda má být příslušná položka obsažena v požadavcích zákonného systému kvality.

8.1. Charakter distribuce

Celková distribuce skóru

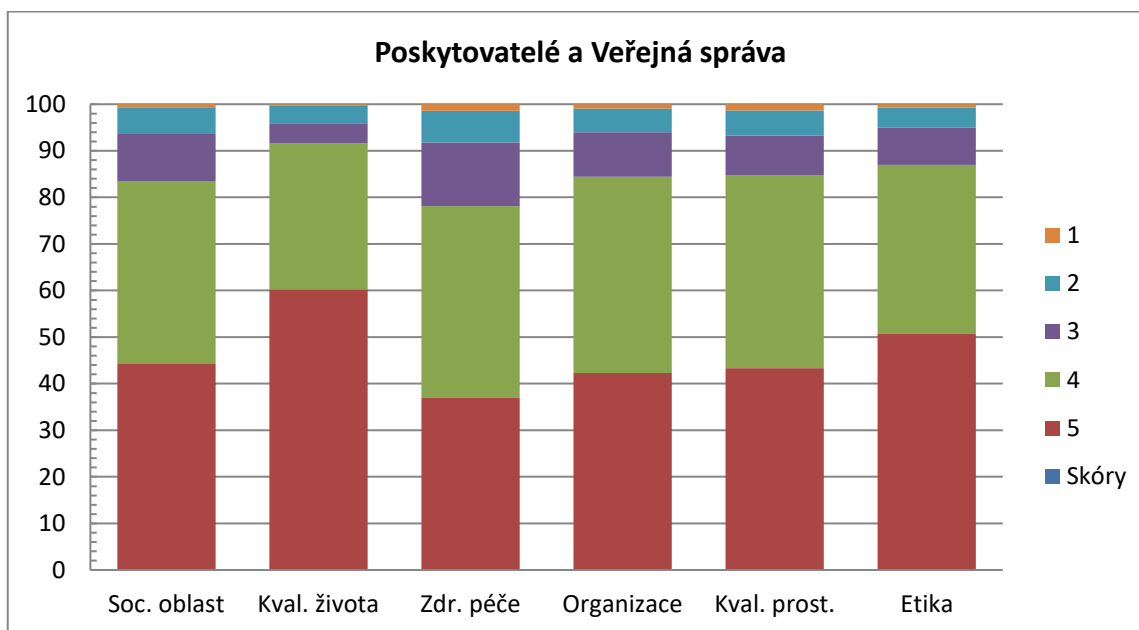
Porovnání celkové distribuce škálových hodnot všech výběrových skupin v jednotlivých doménách v % ukazuje graf.

¹¹ Viz kapitola 4.2.1 Struktura dotazníku

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Graf 22. N=462



Distribuce skóreů je velmi podobná rozložení v části II., nacházíme rovněž vysoký podíl stupňů 4 a 5. Jak již bylo konstatováno, vysoké hodnocení významnosti jednotlivých domén není překvapivé vzhledem k výběru položek. Nejvyšší skóre „velmi významné“ a „významné“ se pohybují v rozmezí od 78 % odpovědí v doméně Zdravotní péče až do 92 % v doméně Subjektivní kvalita života.

8.2. Rozdíly mezi výběrovými skupinami v hodnocení domén

Tato část je zaměřena na zodpovězení výzkumné otázky: *„Jaké jsou rozdíly mezi skupinami ve vnímání důležitosti jednotlivých domén pro zařazení do standardů kvality?“* Zabývá se proto zkoumáním statistických rozdílů mezi skupinami v hodnocení domén. Pro analýzu byl použit stejný postup jako pro II. část dotazníku. Všechny domény byly porovnávány ve výběrových charakteristikách skupin (průměr a odchylka). Byl užit Mann-Whitneyův neparametrický test. Výsledky jsou udány pomocí p-hodnoty testu, údaje pod 0,05 jsou uvažovány jako statisticky signifikantní.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

V doménách D1- Sociální oblast, D3-Zdravotní oblast a D5-Kvalita prostředí existují statisticky významné rozdíly mezi skupinou Poskytovatelé a Veřejná správa na hladině pravděpodobnosti menší než 1 %. v porovnání skórování stejných položek u služeb sociální péče, kde byl nalezen pouze jeden statisticky významný rozdíl, a sice v Doméně zdravotní péče, je tedy hodnocení skupin ve službách sociální prevence diferencovanější, jak také ukazuje následující tabulka.

Tab. 35 Statistická významnost rozdílů mezi skupinami v jednotlivých doménách

Doména	Poskytovatelé	Veřejná správa	p-hodnota testu
D1 – Sociální oblast	4,13±0,62 ^a	4,35±0,57	<0,001
D2 – Subjektivní kvalita života	4,46±0,67	4,50±0,71	0,136
D3 – Zdravotní péče	3,88±0,95	4,35±0,75	<0,001
D4 – Organizace	4,16±0,74	4,27±0,68	0,098
D5 – Kvalita prostředí	4,07±0,85	4,40±0,74	<0,001
D7 – Etika	4,30±0,66	4,36±0,64	0,286

8.3. Porovnání hodnocení II. a III. části

Tato část je zaměřena na výzkumnou otázku: „*Jaká je korelace mezi vnímanou důležitostí a preferencí k zařazení do standardů kvality.*“

Porovnání hodnocení důležitosti pro kvalitu a důležitosti pro zařazení do zákonného systému kvality bylo provedeno pomocí Pearsonova koeficientu korelace. Jeho hodnoty ukazuje následující tabulka. Je patrné, že hodnoty vykazují poměrně velký rozptyl; u skupiny Veřejná správa dosahuje doména Management vysoké korelace 0,714 a všechny ostatní domény vykazují hodnoty nad 0,5, s výjimkou domény Subjektivní kvality s nejnižší korelací v této skupině (0,467). Korelace ve skupině Poskytovatelé jsou slabší, nejvyšší korelace dosahuje hodnocení Sociální péče (0,632) a nejnižší opět Subjektivní kvalita života (0,412). Test signifikance ukázal, že všechny zjištěné korelace jsou statisticky významné na úrovni $p=0,001$.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Tab. 36 Pearsonových korelačních koeficientů

<i>Doména</i>	<i>Poskytovatelé služeb sociální prevence</i>	<i>Veřejná správa – sociální prevence</i>
<i>D1 Sociální péče</i>	<i>0,632</i>	<i>0,550</i>
<i>D2 Subjektivní kvalita života uživatelů</i>	<i>0,412</i>	<i>0,467</i>
<i>D3 Zdravotní péče</i>	<i>0,588</i>	<i>0,698</i>
<i>D4 Management</i>	<i>0,535</i>	<i>0,714</i>
<i>D5 Kvalita prostředí</i>	<i>0,486</i>	<i>0,588</i>
<i>D7 Etika</i>	<i>0,598</i>	<i>0,615</i>

Ve srovnání se službami sociální péče se jeví porovnání obou druhů důležitosti méně nekonzistentní, avšak i zde byl nalezen nápadný rozpor mezi tím, jak byla oběma skupinami hodnocena důležitost domény Subjektivní kvalita života pro kvalitu (jako nejvyšší) a jak je hodnocena její důležitost pro zařazení do zákonného systému kvality (jako nejméně důležitá).



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

9. Metodologie – kvalitativní část výzkumu

Sociální služba jako služba ve veřejném zájmu podléhá veřejné kontrole. Zákon o sociálních službách a prováděcí předpisy k tomu zákonu vymezují východiska pro hodnocení kvality sociálních služeb. Implementace uvedených právních předpisů do praxe významně přispěla k chápání emancipačního poslání sociální služby a ve vnímání uživatele služby jako objektu spíše než pasivního příjemce péče.

Přes nepopiratelný kvalitativní posun v sociálních službách stávající systém hodnocení kvality vykazuje některé nedostatky. Mechanismus kontroly kvality, resp. inspekcí jako katalyzátor zvyšování kvality je považován za málo efektivní, což někdy vede k návrhům preferující trestající přístup podle přestupkového práva (Veřejný ochránce práva 2019). Vede také k tomu, že poskytovatelé chápou zákonné pojetí kvality (povinnosti poskytovatele, standardy kvality sociálních služeb) jako maximum možného a nejsou nijak motivováni k dalšímu zlepšování poskytovaných služeb. Existují rovněž výhrady k oblastem (doménám) sociálních služeb, na které je hodnocení kvality sociálních služeb (QSS) zejména zaměřeno s tím, že preferování některých domén QSS může vést k opomenutí domén jiných. Je také otázkou, jaké preference z hlediska domén považují za důležité samotní aktéři. Tedy ti, kterých se oblast QSS zejména dotýká (uživatelé, poskytovatelé, veřejná správa).

Výzkumný problém a výzkumný cíl

Pracovní skupina PS3 se zabývá v rámci individuálního projektu „Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb“ jedním z dílčích výzkumných problémů, kterým je percepce kvality sociálních služeb prizmatem jejich aktérů.

Cílem tohoto projektu bylo zjistit podobnosti a rozdíly ve vnímání kvality sociálních služeb jejími aktéry, tj. uživateli, poskytovateli a pracovníky veřejné správy. Předpokládali jsme, že výsledky výzkumu přispějí ke konsenzuální optimalizaci zákonného systému kvality tak, aby byl účinný a transparentní.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

V první výzkumné fázi jsme dotazníkovým šetřením zjišťovali, jakou důležitost ve vnímání kvality přikládají aktéři (uživatelé, poskytovatelé a veřejná správa) námi formulovaným doménám QSS. Výsledky naznačují, že všechny tři kategorie aktérů považují za nejvýznamnější hledisko QSS doménu „Subjektivní kvalita života“ (uživatelů). Podrobnější výsledky jsou uvedeny v kapitolách 5 a 6 této zprávy.

Pro hlubší pochopení významů, které aktéři přisuzují doménám QSS, byl realizován druhou fázi výzkumu. Pomocí metody ohniskových skupin jsme získali, analyzovali a interpretovali data kvalitativního charakteru, která umožňují hlubší porozumění zkoumanému problému a jeho vzájemným souvislostem. Metodu ohniskové skupiny jsme zvolili pro její efektivitu při zkoumání **skupinových témat**.

Významným kritériem úspěšnosti ohniskové skupiny je počet účastníků ve skupině. pro **účely našeho výzkumu navrhuje počet členů skupiny 6-8**. Bylo snahou stimulovat Intenzitu skupinové diskuse sestavením skupin tak, aby se každé skupiny účastnili lidé s různými příp. protichůdnými názory. K tomu sloužilo společné úvodní (seznamovací) setkání během prvního dne, které indikovalo, jak skupiny sestavit.

Diskuse v ohniskové skupině měla formu strukturované konverzace, která by měla odhalit skupinové faktory. za řízení a průběh diskuse odpovídal moderátor – expert PS3. Jeho úkolem bylo podněcovat účastníky a podporovat je ve vyjádření názorů, nikoliv vnucovat vlastní schémata. Ohniskové skupiny se zúčastnil pomocný moderátor. Vlastní průběh podobně jako interní komunikace mezi moderátorem a pomocným moderátorem vycházela ze vzájemné dohody.

Podstatou rozhovoru ve skupině je ohnisko, které se odvíjí od zkoumaného problému a otázek. **Toto téma musí být zcela jasné a srozumitelné skupině**. Dílčí témata ohniskových skupin vyplývaly z výsledků dotazníkového šetření provedeného v první fázi projektu PS3.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Diskuzní témata ohniskových skupin

Skupinovou konverzaci určovaly následující otázky/témata:

1. Jak vnímáte pojem kvalita v sociálních službách?
2. Jak rozpoznáte překážky, které brání zlepšování SS?
3. Kdybyste měl navrhnout, jak hodnotit sociální službu, jak by takový návrh vypadal?

Výzkumný vzorek

Do ohniskových skupin byli osloveni zástupci zadavatelů, poskytovatelů a uživatelů sociálních služeb. Výběr členů ohniskových skupin byl záměrný.

Byly realizované čtyři ohniskové skupiny dle zaměření typologie zkoumaných aktérů. Dvě ohniskové skupiny byly určeny pro zástupce poskytovatelů a veřejné správy, jedna ohnisková skupina proběhla s uživateli sociálních služeb seniory a jedna skupina byla zaměřena na uživatele sociálních služeb s mentálním postižením. Tyto čtyři ohniskové skupiny proběhly ve dvou etapách.

Účastníci ohniskových skupiny v etapě I:

- poskytovatelé SS
- veřejná správa

Účastníci ohniskových skupiny v etapě II:

- uživatelé SS – služby péče (lidé s mentálním postižením, senioři)



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Tabulka 37. Struktura ohniskových skupin

Ohnisková skupina	Ohnisková skupina 1	Ohnisková skupina 2	Ohnisková skupina 3	Ohnisková skupina 4
Aktéři (účastníci) ohniskové skupiny	Poskytovatelé/veřejná správa	Poskytovatelé/veřejná správa	Senioři	Osoby s mentálním postižením
Počet aktérů (účastníků) ve skupině	8	8	6	6

Časový harmonogram realizace ohniskových skupin

Z důvodu epidemiologické situace došlo ke zpoždění realizace ohniskových skupin. Skupiny byly realizované v roce 2021.

- I. etapa (poskytovatelé a veřejná správa; 2 ohniskové skupiny) – srpen 2021
- II. etapa (uživatelé – senioři, osoby s mentálním postižením, 2 ohniskové skupiny – listopad 2021

Metoda analýzy dat a interpretace zjištěných údajů

Ohniskové skupiny probíhaly ve dvou etapách. I. etapa byla zaměřena na zástupce státní správy a poskytovatelů sociálních služeb. v rámci této etapy proběhly dvě ohniskové skupiny. Tematicky navazovaly na výsledky a zjištění z výzkumného šetření. Pro časovou dotaci skupiny byly vyhrazeny 3 hodiny. II. etapa byla zaměřena na uživatele sociálních služeb. Témata a vedení skupiny byly přizpůsobeny potřebám cílové skupiny uživatelů.

Diskuze v ohniskových skupinách byly nahrávané na záznamové zařízení. Následně proběhl doslovný přepis zaznamenaného materiálu.

Diskuze v ohniskových skupinách byly zaměřeny na porozumění pojmu kvalita v sociálních službách. Jako vztahový rámec konceptualizace témat, které diskuze přinesly, byl použit jeden



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

z nejrozšířenějších modelů kvality péče, zmiňovaný již v úvodní teoretické části této zprávy; Donabedianova triáda článků – Vstupy, Procesy a struktury, a Výsledky. pro jejich podrobnější kategorizaci bylo použito obvyklé dělení, viz **Příloha 7**, Tab.1. a 2. Popsaná kategorizace byla použita pro selektivní kódování. Pojetí výsledků služby bylo chápáno ve smyslu současných koncepcí kvality, které se posunuly od prostého řešení potřeb klienta ke zvýšení kontroly klientů nad vlastní péčí a vlastním životem. v souvislosti s výsledky Ann Netton mluví o „social care-related quality of life (str. 7 in Netten A. 2011.) Autorka kromě 4 druhů výsledků ve vztahu ke kvalitě života postuluje ještě další, dva druhy specifických výsledků, mezi které zahrnuje i způsob interakce klientů s personálem a výsledky, které jsou klienty pociťovány na přechodnou dobu. Strukturovaným pojetím Ann Netton, které podle našeho názoru věrně zachycuje realitu, byl inspirován postup tematické analýzy, podrobně popsany v kapitole 10.2.1.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

10. Výsledky kvalitativní části výzkumu

10.1. Ohniskové skupiny Poskytovatelé a Veřejná správa

Ohnisková skupina se zástupci poskytovatelů a veřejné správy byla rozdělena do dvou částečně se prolínajících tematických okruhů. První z nich byl zaměřen obecněji na to, jak tito stakeholdeři vnímají pojem kvalita sociálních služeb, jaké spatřují překážky při jejím dosahování a konečně, jaké nastavení systému hodnocení kvality sociálních služeb by preferovali. Ve druhé části navazující bezprostředně na předcházející kvantitativní výzkum šlo o ujasnění interpretace některých zajímavých poznatků z této fáze výzkumu.

10.1.1. Co je chápáno pod pojmem kvalita sociálních služeb?

Ohledně chápání kvality sociálních služeb se objevilo několik různých postřehů, které lze poměrně dobře kategorizovat dle **Donabedianovy triády Vstupy – Procesy – Výsledky**. Někteří participanti vnímali kvalitu především ve vztahu k samotnému procesu. Například participantka PSS14 přímo uvedla: „*Chtěla jsem říct, že když jsem se s kvalitou setkala, tak pro mě znamenala ukotvení procesu... Prostě zkrátka procesy a nastavení nějakého hezkého řízení té služby, aby ti pracovníci měli jasno, co můžou a co ne.*“ Někteří se naopak přikláněli k chápání kvality ve vztahu k výstupům, přičemž procesům a metodice přisoudili pouze okrajovou úlohu. Například participant PSS15 uvedl: „*Já za svou službu vnímám kvalitu jako výstup a nějaké procesy jsou mi pomocné. Jestli mám metodiku, tak mě to nezajímá.*“ v této souvislosti byla dotyčným akcentována spokojenost uživatelů (a potažmo dalších aktérů) jako zásadní kritérium. Explicitně řekl: „*Kvalita je tedy imaginární spokojenost uživatelů a ve finále veřejné správy. K tomu se samozřejmě váže i spokojenost zaměstnanců a v tom vašem projektu byl výstup a na ty výstupy by se mělo fakt zaměřit.*“

V této souvislosti někteří účastníci upozorňovali na to, že spokojenost klientů může být zrádná, protože klienti jsou často subjektivně spokojeni, když jim služba poskytuje úplně maximální péči, ačkoliv to může být proti jejich skutečnému zájmu a může to být kontraproduktivní. V této souvislosti byl zmiňován problém přepečování klientů. Například



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

účastník VS8 k tomu uvedl: *“Nepřepečovávat uživatele, což jsme taky na to hodně naráželi. Nicméně ta profesní stránka těch pracovníků v sociálních službách je potřeba pozvednout, protože někteří uživatelé to samozřejmě brali, jako když to řeknu jako uklízečku nebo služku. Tady přesně narážíme na ty úkony, které lze zajistit jinými způsoby než to, abychom dotovali a financovali něco, co se tváří jako sociální služby.”* Také byly zmíněny případy sociálních služeb, které jsou poskytovány na základě nařízení orgánů státní moci, což může být klienty vnímáno negativně. Participant PSS2 k tomu uvedl: *“Pak tady zaznělo, že kvalitu určuje klient. Část našich služeb je pro klienty ne zcela dobrovolné, kdy jsou nařízené soudem. Jsou lidé, kteří úplně nechtějí, aby se jim někdo cizí hrabal v životě. Takže většina těchto klientů by neřekla, že máme služby kvalitní, protože třeba chceme, aby přemýšleli o té situaci a dbali na blaho dětí.”*

Tím se diskuze stočila k zásadním otázkám spojeným s tím, co vlastně od sociální služby můžeme očekávat, jaké cíle by měla plnit. Její kvalita by přitom měla být nastavena právě ve vztahu k plnění těchto cílů, jež nemusí být vždy ve shodě se subjektivním pohledem uživatele. Účastník PSS13 k tomu uvedl: *“Já si myslím, že je hrozně důležitý mapovat reálné potřeby, které ti klienti mají. My jsme například v jednu chvíli hodně viděli hodně žádostí o pobytové služby pro seniory a měli jsme pocit, že máme nedostatek lůžek... ale ta reálná potřeba toho klienta byla možná někde jinde. Možná, kdyby byly dostupné terénní služby, tak ta reálná potřeba toho jedince by byla někde jinde. To znamená, že ta kvalita znamená za mě to, aby se mapovali reálné potřeby těch lidí, a ne se reagovalo až na to, co ti lidé až zástupně potřebují.”* z hlediska Donabedianovy triády tak byla akcentována i důležitost vstupů, především pak rozumného zmapování skutečných potřeb. Pokud k tomuto zmapování nedojde, může to vést k situaci, kdy se sociální služby (i v případě navyšování alokovaných finančních prostředků) stanou černou dírou na peníze a budou fungovat businessově dobře, ale bez dostatečné vazby na skutečné potřeby společnosti.

Na uvedené riziko upozornila například participantka VS3, která uvedla: *“My tam máme teď novou businessmanku, která nastoupila a řídí sociální službu. Ona jako je super, umí*



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

komunikovat, ví, kam to chce směřovat. Zjistila, kde jak peníze se získají, ale ona nežije tou sociální službou... ale teď jak se ty sociální služby stávají opravdu velkým bussinesem, tak do těch řídicích pozic se dostávají businessmeni a u některých služeb se to opravdu zvrstává. Jim fakt jde o business a hledají ty slabá místa, kde se dají ještě dostat peníze, protože stát do těch služeb lije peníze...” Celkově diskuze vyzněla směrem k uvědomění si komplexnosti pojmu kvalita sociálních služeb a k potřebě multikriteriálního přístupu při jejím hodnocení. Hezky uvedené shrnula participantka PSS12: “Nejenom to, že si řekneme, že tady máme moc hezky vybudované prostředí a moc se nám tady líbí, lidi jsou tady spokojení, tak je to fajn. ale tam je přece hrozně ukazatelů. Není jeden, ale je jich vícero. Je to od posláni služby přes zjišťování samozřejmě spokojenosti klientů a kontaktu s klienty.”

10.1.2. Překážky při poskytování sociálních služeb

S výše uvedeným velice úzce souvisí otázka překážek při poskytování kvalitní služby, která byla v obecné části rovněž detailně diskutována. Opakovaně byl v této souvislosti zmiňován lidský faktor a určitý odpor ke změnám, který je v odborné literatuře často uváděn a je dobře zdokumentován například v oblasti zdravotnictví v přehledové studii Mareše (2018). Participant PSS2 uvedené shrnul následovně: “Taky znám služby, které se nechtějí rozvíjet, protože takhle se to dělá a takhle je to dobrý a takhle to prostě budeme dělat, protože tak se to dělá. Takže potenciál ke změně tam musí být skutečně ze všech stran. Třeba to vidím na sobě. Když přemýšlím o službách, tak sem tam mám zajeté koleje a potřebuju vybočit, tak ta kvalita závisí na tom, jak ten vedoucí nebo sociální pracovník nebo kdokoliv je schopen sebereflexe.” Jako překážka rozvoje byl zmiňován i nedostatek odpovídajících prostor. Účastnice PSS 14 v této souvislosti uvedla: “Nejsou prostory a tam může docházet k mnoha procesům, které jsou tím ovlivněný, že tu péči prostě neumožní. Já když vezmu třeba sociální zázemí, kdy se lidi potřebují koupat často, a máme malé sociální zázemí. Zaměstnanci chtějí, ale prostě vás to zamezí.”

Jako velmi důležitá množina překážek byla některými účastníky vnímána legislativní omezení. Objevoval se přitom pohled, že zákon činnosti sociálních služeb příliš sešněrovává



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

a neumožňuje dostatečnou flexibilitu. Např. účastnice PSS 13 k tomu uvedla: *“Já vidím ty překážky i na straně zákona o sociálních službách, který jasně vyjmenovává pro jednotlivé služby činnosti, které může ta daná služba vykonávat, a my potom v praxi vidíme, že by klienti potřebovali ještě něco jiného a my to do té služby prostě nemůžeme napasovat. Jsme limitováni těmi činnostmi, které nám vyjmenovává zákon.”* Skutečnost, že legislativní uchopení některé poskytovatele i zástupce veřejné správy velmi trápí, ilustruje velké množství konkrétních příkladů z praxe, kde příslušná omezení zafungovala negativně. Účastnice PSS14 například uvedla: *“To je jako časté. Mně takto zrušili model pomoci sociálně slabým rodinám, který si převzali přes norskou univerzitu do Norska, a vlastně tam funguje dodnes. Je to prostě v tom, že jsme okleštěni nějakými základními činnostmi. za úhradu můžeme dát fakultativní nicméně prostě v určitém rozsahu těch podmínek.”* Kritizováno bylo glajchšaltující uchopení zákona, které se dostává do rozporu s posláním sociálních služeb. Participantka PSS13 k tomu uvedla: *“A co se těch činností týká, tak my do terénu posíláme pečovatelky, které mají nějakou erudici, aby těm lidem pomohly. ... a ten zákon o sociálních službách v těch činnostech vlastně na jednu hromadu dává tu hygienu, ten úklid, nákup a my tam musíme posílat člověka, který má vzdělání, který má to know-how.”* Pozornost byla dále věnována zdravotně-sociálnímu pomezí a jejich legislativnímu uchopení. V některých případech bylo rozdělení v jistém smyslu kritizováno, když například participantka PSS 13 uvedla: *“My to prostě v těch službách nemůžeme od sebe oddělit. Pracovník v sociálních službách by neměl vědět diagnózu člověka. Ti lidé roznášejí jídlo, roznášejí diety, takže když už někomu roznášejí druhou večeři, tak jim je naprosto jasné, že ten člověk je diabetik... Tyhle dvě věci, to sociální a zdravotní se musí znovu propojit.”* s tím souhlasil i participant VS6, který jako další příklad omezení daných zákonem uvedl limit na stravování. Konkrétně řekl: *“Stravování je upravené ve vyhlášce 505. To je prováděčka zákona a je tam taková sazba, za kterou se už dneska nedá slušně uvařit. To znamená, pokud by se to zvedlo, tak klienti mají kvalitnější stravu... Takže tam třeba vidím překážku, že kdyby se to nějak dalo udělat, tak můžou mít kvalitnější stravu. Což si taky myslím, že je kvalita sociální služby.”* v této souvislosti je vhodné zmínit, že v rámci fokusní skupiny se zástupci klientů byla kvalita stravování rovněž silně



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

akcentována, přičemž bylo opakovaně upozorňováno na to, že je preferována kvantita (velké porce) na úkor kvality.

Celkově lze ohledně překážek při poskytování kvalitní sociální služby konstatovat, že vedle **problémů spojených s lidským faktorem** apod., které se budou do jisté míry vyskytovat vždy a jejichž překonávání je běh na dlouhou trať, spatřují mnozí účastníci problém v **legislativním ukotvení** a to především v **přílišném sešněrování celého systému**, který jen velmi těžko umožňuje přijít s novými a nezvyklými řešeními přesto, že by o ně byl zájem. Zvláště silně se to projevuje v **oblastech nacházejících se na rozmezí kompetencí dvou ministerstev (zdravotně-sociální pomezí)**.

10.1.3. Náměty k nastavení systému hodnocení sociálních služeb

V poslední části obecně záměrného bloku byla věnována pozornost tomu, jak by bylo možné nastavit systém hodnocení tak, aby odrážel výše uvedenou komplexnost dané problematiky. Shoda panovala na tom, že hodnocení by nemělo být založeno primárně na formálních atributech, kontrole správnosti vedení dokumentace apod. Účastník PSS16 k tomu uvedl: *“Určitě jak to nehodnotit, jet, zavřít se a projet papíry. To samozřejmě do toho hodnocení patří, ale tímhle začínat a končit, tak ta služba může být krásně zdokumentovaná, může být studená a divná.”* na nebezpečí formálnosti a svázanosti směrnicemi, které však některým aktérům může vyhovovat, upozornil i účastník PSS15: *“Měli jsme poradu ředitelů a oni se nás zeptali, kam naše zařízení směřuje. 90 % řeklo, že směřujeme ke standardům kvality. Když jsme se zeptali, co jsou to standardy, tak začali mluvit o směrnících, o zákonech, o opatřeních. Otázka ale byla, kam směřuje zařízení.”* Rozumně nastavené hodnocení kvality by mělo být dle účastníků založeno na jiném pohledu. v obecné rovině k tomu participant PSS16 uvedl: *“Takže za mě to hodnocení je pozorování, nasát tu atmosféru a nekontrolovat jen ty výkazy.”* Zdůraznil i důležitost interního hodnocení: *“Potom, kdo by měl hodnotit kvalitu, to si myslím, že by to měl dělat manažer, šéf té služby. Ten by to měl dělat průběžně. Prostě pozorování a rozhovory s těmi lidmi.”* z hlediska vnějšího hodnocení byla akcentována důležitost vyváženého týmu hodnotitelů a zapojení dlouhodobějšího pozorování. Například



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

participantka PSS13 k prvnímu bodu uvedla: *“Já si tedy nemyslím, že by to měl být jeden člověk, ale tým expertů, kdy každý rozumí tomu svému,”* participant PSS15 poté ke druhému řekl: *“Protože kdyby měli pochopit smysl té organizace a ověřit, že ta organizace někam směřuje a něco dělá, tak to není jedno nebo dvoudenní inspekce, ale je to na ISO, který je popsán přesně, jaký jsou tam činnosti a postupy. A musí se s tím seznámit. 14 dní pozorování a pak udělat závěr.”*

Hojně bylo diskutováno, do jaké míry má do hodnocení vstupovat spokojenost uživatelů případně jimi uvedená subjektivní kvalita života. Zde panovala shoda, že ačkoliv se jedná o zásadní bod, je třeba být s interpretací dat přímo získaných od klientů opatrný. Padaly argumenty týkající se případných obav uvést skutečný pohled, např. participantka 13 k tomu uvedla: *“To je podle mě hrozně důležitý, protože se někdy stává, že ti lidé, zvláště v bytových službách, se bojí říct pravdu. Protože my jsme v pomáhajících profesích, a to slovo pomoc obsahuje tu jednu část, a to je moc a potom v těch dotaznících neřeknou pravdu, protože se bojí.”* Akcentována byla i časová proměnnost pohledu klientů a ovlivnění faktory, které jsou mimo dosah poskytovatelů služby. Participant PSS15 k tomu uvedl: *“A jestli jednomu se to líbí víc a druhému míň, někomu moc ne, nemusí znamenat, že ta služba je automaticky špatná. Ten člověk třeba prožívá nějaké špatné období a je negativistický, a přitom je rád, že tam je.”*

Celkově byla v této oblasti akcentována důležitost dlouhodobějšího komplexního pozorování sociální služby vedeného týmem odborníků. Názor klienta je třeba brát v potaz, ale nikoliv absolutně, což shrnul participant PSS16: *“Za mě se určitě musí názor klienta brát, ale nebral bych to absolutně, protože ten, kdo přehnaně pomáhá, tak třeba ve finále škodí a dělá to, protože je hodný anebo si ulehčuje práci, protože než abych čekal, až si to udělá, tak já to udělám, ať už můžu dál makat.”* Diskuze v rámci fokusních skupin nevedla k návrhům na konkrétnější nastavení systému hodnocení, jasně však ukázala, že skutečně kvalitní hodnocení je záležitostí velmi náročnou, a to časově, organizačně i finančně. Základem úspěchu je přitom mít k dispozici kvalitní hodnotitele, což může být limitující.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

10.1.4. Interpretace výzkumných zjištění na základě fokusních skupin

Ve druhé části byla věnována pozornost interpretaci vybraných zjištění z kvantitativní části výzkumu. Pozornost byla věnována zjištění, že veřejná správa akcentovala důležitost domény zdravotní péče podstatně výrazněji než poskytovatelé. Zde účastníci uvedli z vlastní zkušenosti několik příkladů potvrzujících tento poznatek a rovněž prezentovali jasná vysvětlení pro něj. Participant VS6 k tomu uvedl: *“Z hlediska té veřejné správy se mi to zdálo vždycky jako klíčové, aby se nestalo, že by tam někteří lidé zemřeli, protože tam neměli zdravotní péči v tom domově. Takže tam ta veřejná správa, všichni se toho lekli, a ten poskytovatel, ne že by mu to bylo jedno, to vůbec ne, ale ten poskytovatel si už umí poradit a ví ty postupy... Uvedu takový zajímavý příklad, že byl domov, kde si ředitelka nasedla s lékařem a nakonec skončila ředitelka. Pro tu veřejnou správu je prostě hrozně důležitý, aby to bylo zajištěný.”* Účastník PSS15 k tomu ze svého pohledu zmínil: *“Pro naše zařízení není zdravotní péče to nejdůležitější. Všichni to víme, akorát zdravotní pracovníci to neví, stále nám říkají, že to je to nejdůležitější. Já to vnímám tak, že veřejná správa má stále strach z toho zdraví, ale ti lidi potřebují hlavně klid a pohodu.”* Participantka VS3 si důraz veřejné správy na zdravotní péči vysvětluje i na základě přenosu toho, co se dozvídají od klientů, kde jednájí především s těmi, kteří zdravotní péči více potřebují a akcentují. Uvedla k tomu: *“Takže fakt si myslím, že je to z mého pohledu spíše přenos, s jakými klienty jednáme, jaké případy řešíme, takže potom spíše vidíme, že ta je potřeba zdravotní část zajistit.”* **Celkově lze konstatovat, že uvedené zjištění z kvantitativního výzkumu nebylo pro zástupce poskytovatelů ani veřejné správy překvapivé a bylo zdůvodněno logickou posloupností argumentů a zkušeností z praxe.**

Další zajímavé zjištění se týkalo toho, že organizaci služby akcentovali poskytovatelé více než zástupci veřejné správy (ačkoliv preference k zařazení do standardů byla srovnatelná u obou skupin). To bylo vysvětlováno především na základě úvahy, že organizace je otázka interního nastavení u poskytovatele, což veřejnou správu zase tolik nemusí zajímat. Participant VS6 k tomu uvedl: *“Ta veřejná správa třeba z pozice vedení kraje to vidí tak, že hlavně to tam běží a poskytovatel si musí nastavit ty mechanismy té organizace služby.”*



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Participant PSS15 dal do souvislosti organizaci služby se schopností rozpoznat změny u klientů a náležitým způsobem reagovat. Uvedl k tomu: *“Musí rozpoznat, že je tam nějaká změna, musí ji sledovat, aby se začalo něco dělat. Takže ta organizace práce z mého pohledu, že za tím jdu, že to sleduju a jsem schopen to zaznamenat a včas to předat té sestře a včas to předat lékaři. A to je mnohem složitější a organizačně těžší. To je ta kvalita.”* Celkově u této otázky nebyla zjištění kvantitativního výzkumu pro účastníky překvapivá, protože (jak jedna z účastnic uvedla), košile je bližší než kabát a organizace je tudíž klíčová hlavně pro poskytovatele. Participant VS6 toto shrnul za souhlasu dalších přítomných následovně: *“To znamená, veřejná správa, a teď to řeknu hrubě, omlouvám se, je jí to jedno, jak si to udělá ten poskytovatel-ředitel. Klíčové je to, aby to fungovalo, když to funguje, to už je to veřejné správě jedno.”*

Další z diskutovaných otázek se týkala toho, že ačkoliv všechny uvažované skupiny pokládaly v dotazníkovém šetření subjektivní kvalitu života za nejdůležitější, poskytovatelé a zástupci veřejné správy byli ve srovnání s klienty přeci jen zdrženlivější. To účastníci vysvětlovali tak, že u klientů je subjektivní kvalita života přirozeně naprostá priorita, protože jde přímo o ně, zatímco u poskytovatelů a veřejné správy se do toho promítá řada dalších faktorů souvisejících s problematičností subjektivního vnímání, z nichž některé byly zmiňovány výše. Participant tak uvedené zjištění bral jako samozřejmé či až téměř triviální. Účastník VS6 k tomu například uvedl: *“Tak to si myslím, že je nejjednodušší otázka. Protože opravdu jde o to, že jde o ty lidi. a pak ne každý poskytovatel si myslí, že je to takto, že je to zásadní to subjektivní hodnocení. Protože jde o ty lidi. Je to tak jednoduchý, že to až přeháním.”* Participant VS 11 s tímto souhlasil a doplnil následující: *“Taky si myslím, že každý to hodnotí z té svojí strany. Tím, jak to jsou tři subjekty, tak je jasné, že klient řekne svojí stránku či subjektivní pocit, který má z té služby. Kdežto ti profesionálové jedou spíše po té odborné stránce.”* Opět se zde tak uplatňuje výše zmíněná zásada, že košile je bližší než kabát.

Se subjektivní kvalitou života úzce souvisela i poslední z diskutovaných otázek, a to nízká korelace mezi její vnímanou důležitostí a preferencí k zařazení do standardů. Tento zdánlivý



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

rozpor vyvolal mezi účastníky velkou diskuzi, přičemž se shodovali v tom, že zdrženlivost vychází z nesmírně obtížného uchopení subjektivní kvality života, která je na jedné straně strašně důležitá, na druhé však nesmírně obtížně měřitelná. Participant VS6 k tomu například uvedl: *“Ale standard tenhle se prostě měřit nedá, to bych nikomu nepřál. Měřitelnost toho. Standard má být prostě měřitelný a tohle vy nezměříte. Proto si myslím, že je tam proto odtažitost.”* na druhé straně zazníval názor, že na zjišťování subjektivního pohledu klientů by se navzdory metodologickým problémům určitě nemělo rezignovat. Například participant PSS2 uvedl: *“Takže ta subjektivita by měla být zastoupena. Otázka je jak a v jaké míře. Protože pokud budu mít x hodnocení, že vaří dobře, tak to neznamena, že služba je dobrá. Proto to třeba tolik nekorespondovalo.”* Zmiňována byla rovněž časová proměnnost subjektivní kvality a riziko různého výkladu. Konkrétně participant VS6 uvedené poznámky shrnul následovně: *“No, takže když to shrnu, tak tam bylo, že je to složité posoudit, subjektivita proměnlivá v čase a různé výklady toho standardu. Standard by měl být vnímaný objektivně a ne subjektivně.”*

V jedné z fokusních skupin se následně diskuze stočila zpět k problematice nastavení systému hodnocení, přičemž účastníci přemýšleli nad tím, jak subjektivní kvalitu co možná nejlépe podchytit. Uvědomovali si důležitost kvalitativního přístupu, ovšem i s jeho riziky ohledně metodologické nejednotnosti, časové a finanční náročnosti. Participant PSS 2 k tomu uvedl: *“Kvalitativní výzkum nebo evaluační šetření, které by mohlo být přílohou, které by se dělalo externě. Samozřejmě by to musel někdo zaplatit, ale to organizace nezaplatí. Když by toto dělalo MPSV, kraj tak by to mohlo určitě mít nějaké výsledky. Že by tam evaluátoři třeba strávili týden, dělali rozhovory a zjistili by, jak to tam skutečně je. Byť ten kvalitativní výzkum má velký problém v tom, že ta metodologie je složitá, a ne každý to může dělat a je to drahý. Ale říkám si, že by to mělo výsledky a mohla by se tím zkoumat i ta subjektivita.”*

Ve druhé skupině se do popředí dostala otázka, jakou roli mají hrát standardy, přičemž by se nemuselo jednat primárně o nástroj kontroly, ale o živý dokument reflektující nové zkušenosti a sloužící k postupnému posunu kupředu. Participantka VS3 k tomu konkrétně uvedla: *“Mně se to moc líbilo, jak jste hovořila o těch standardech. Že by měly být jako živý*



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

dokument a že ta organizace by s nimi měla pracovat, že by se měly měnit... ale třeba i z těch zkušeností z Ospodu jak to probíhalo, si umím představit, že ty standardy v sociálních službách nebudou nástrojem kontroly, ale budou skutečně nástrojem, se kterým ti zaměstnanci budou pracovat.” Tento přístup shrnul participant PSS1 následovně: “mně se líbí to poslední, k čemu jsme se tady dostali po těch hodinách diskuze. Ty procesy, když je nastavím, protože každá organizace je jiná. Každá má jiné klienty i podmínky. Takže když je to nastavené tak, jak to ta služba potřebuje, jak jim to vyhovuje a jak to můžou i měnit během, tak to si myslím, že je velký.”

Celkově je možné konstatovat, že fokusní skupiny výrazně napomohli při interpretaci poznatků z kvantitativní fáze výzkumu. Jako zásadní úkol do budoucna vnímáme nastavení systému hodnocení kvality tak, aby dokázal rozumným způsobem zachytit i subjektivní vnímání kvality klienty, vyhnul se však zjednodušujícím závěrům na bázi, že služba A je lepší než služba B, protože první měla v dotazníku spokojenosti klientů v průměru 9 bodů z 10, zatímco druhá pouze 7. z fokusních skupin vyplynulo, že se jedná o nesmírně citlivou záležitost, jejíž uchopení je problematické, ale zároveň je třeba se o ni postupně pokoušet.

10.2. Ohnisková skupina Senioři

10.2.1. Postup tematické analýzy

Skupina klientů byla složena z šesti osob reprezentující sociální role klientů nebo osob klientům blízkých. Všichni členové skupiny byly ženy seniorského věku, žijící v Praze, pět z nich mělo vysokoškolské vzdělání. Jedna účastnice pracovala dříve na sociálním odboru úřadu jedné městské části, jedna z účastnic měla profesní zkušenost s prací psychologa v pobytovém zařízení pro seniory. Dvě ženy měly zkušenost neformálních pečovatelských týmů o člena rodiny.

Řízená diskuze ve fokusní skupině byla zaměřena na porozumění pojmu kvalita v sociálních službách. Otázky směřovaly k obecné percepci pojmu kvalita skupinou a k rozpoznání jejich specifických znaků. Doplnkovou otázkou, reagující na zjištění z kvantitativního výzkumu o důležitosti prostředí služby byla takto zaměřená otázka.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Otevřené kódování ukázalo, že v promluvách účastníků existují dvě hlavní oblasti témat, které podle jejich názorů ovlivňují kvalitu sociálních služeb. Hlavní oblast, ve které bylo identifikováno nejvíce témat (76,5 %) je samotný proces poskytování služeb, druhou oblastí pak vnější podmínky poskytování, kterých se týkalo 24 % témat. Kategorie obou oblastí byly použity pro selektivní kódování. pro postup kódování byly použity některé postupy podle Řiháček T. a kol. (2013).

Jako vztahový rámec pro oblast poskytování byl použit jeden z nejrozšířenějších modelů kvality péče, zmiňovaný již v úvodní teoretické části této zprávy; Donabedianova triáda článků - **Vstupy, Proces, a Výsledky**. pro podrobnější strukturaci kategorií **Vstupů** a **Výstupů** bylo použito obvyklé dělení na subkategorie, viz Tab.38. Velký počet promluv ve skupině reflektoval osobní zkušenosti jejich členů na úrovni percepce klienty zažívaných **výsledků** služby. V textu jsou tyto promluvy často vedeny v první osobě. Pro strukturaci kategorie **Výsledky** byly modifikovány dva modely:

1. Model použitý autory Jan Šiška a Julie Beadle-Brown v jejich práci (Beadle-Brown, J., Šiška J., Manuscript 2022) vycházející z konceptu kvality života, který představuje posun od chápání sociální služby jako prostého řešení potřeb klienta k jejímu výsledku, jímž je zvýšení kontroly klientů nad vlastní péčí a životem. Autoři používají seznam osmi domén: Práva klientů, sebeurčení, interpersonální vztahy, sociální inkluze, osobní rozvoj, mentální well-being, materiální well-being, fyzický well-being a emocionální well-being . Jednotlivé domény disponují seznamem indikátorů, které konkretizují jejich obsah.
2. Model Ann Netton, který používá pro identifikaci „social care-related quality of life“ (in p.7 ,Netten A., 2011), čtyři druhy výsledků služby ve vztahu ke kvalitě života; *udržení* kvality života, její *změna*, nebo *prevence* (zpomalení) zhoršování její kvality pro naši kategorii. Výsledky byl využit specifický druh výsledků - *proces*, termín, který by se neměl zaměňovat se stejnojmenným článkem Donabedianova modelu a který charakterizuje způsob, jak klienta vnímá, jak je s ním ze strany personálu zacházeno, jak se klient cítí respektován jako individuum a jaký vliv má způsob *interakce* s personálem na jeho



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

celkový pocit duševní a emocionální pohody. pro naši kategorie výsledků byl ještě využit autorčin pojem tzv. *přechodných výsledků* (intermediate outcomes), jako pojmenování pro specifickou událost v životě klienta, období „přechodu“ do určitého druhu služby. Výsledkem této události je řešení, které jim buď umožní zůstat doma, nebo naopak v případě nemožnosti péče v domácím prostředí je řešením přijetí do pobytové služby mimo domov.

Náš výsledný model podrobnějšího strukturování kategorie **Výsledky** využívá eklekticky prvky obou zdrojů, redukováný model sedmi domén kvality (Beadle-Brown a Šiška) doplněný subkategoriemi přechodných výsledků a interakcí (Netton), viz Tab. 38.

Pro oblast vnějších podmínek byly definovány dvě kategorie témat, Veřejná regulace a Společenské podmínky. Jejich témata nejsou v promluvách tak častá (10,4 % a 13,2 %), ani tolik diferencovaná jako předcházející, proto nebyla dále rozpracována do subkategorií.

Některá témata, která se vynořovala v proběhu otevřeného kódování textu, vykazovala určitou sémantickou příbuznost s jiným. Například v kategorii **Proces** dvě témata *postupů* by bylo možné chápat také jako *metody*, proto byla rovněž zařazena do této subkategorie, avšak bez započítání jejich frekvence. Podobně v kategorii **Výsledky** se v subkategorii materiální a fyzické podmínky vyskytla dvě témata, která by bylo možné také chápat jako pojednávající o *právech* klientů, proto byla zařazena také do této subkategorie bez započítání jejich frekvence.

Tab. 38 Přehled použité kategorizace témat pro selektivní kódování

Vstupy	<i>personál (kvalita/ množství)</i>	<i>finance</i>	<i>prostředí</i>	<i>organizační nastavení</i>
Procesy	<i>metody</i>	<i>postupy</i>	<i>pravidla/ nastavení</i>	
	<i>Práva</i>	<i>Autonomie</i>	<i>Sociální vztahy</i>	<i>Sociální inkluze</i>



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Výsledky	Respekt, důstojnost, rovné zacházení, soukromí a intimita, bezpečí	Výběr, volba, rozhodnutí, osobní preference a cíle, možnost žít způsobem, na který byl klient zvyklý	Udržení vztahů s rodinou, přáteli a dalšími osobami	Účast na aktivitách komunity, přístup ke komunitním službám a zařízením
	<i>Osobní rozvoj</i>	<i>Materiální podmínky</i>	<i>Fyzické podmínky</i>	<i>Interakce</i>
Výsledky	Smysluplné činnosti, zájmy a koníčky, vzdělávání, aktivní život	Kvalita prostředí služby, úroveň ostatních osobních služeb	Alimentace, zdravotní stav, fyzická pohoda a bezpečí	Způsob, jak klient vnímá, jak je s ním zacházeno a jaký vliv to má na kvalitu jeho života
	<i>Přechodné výsledky</i>			
	Jednorázová situační intervence -umístění do pobytového zařízení nebo zajištění domácí péče			
Veřejná regulace	Zjištění lokální a finanční dostupnosti služeb, jejich vhodné sklady a kvality, pomoc a podpora při jejich volbě			
Společenské podmínky	Postoje společnosti, sociální vztahy, hodnoty			

Podrobnosti analýzy, tedy přepis rozhovorů s tématy a kategoriemi kódování, a frekvence výskytu témat jsou uvedeny v **Příloze 7** Postup analýzy.

10.2.2. Souhrn a interpretace výzkumných zjištění

- A. Oblast poskytování obsahovala 42 témat, což představovalo 76,5 % z celkového množství 68 témat. Nejvíce témat (22) obsahovala kategorie **Výsledky**. Témata tohoto druhu tvořila 42,3 % témat celé oblasti, což koresponduje se zjištěním kvantitativního výzkumu, že klienti preferují takové znaky kvality, které se přímo dotýkají jejich osobní zkušenosti s výsledky služby. Reflexe osobní zkušenosti byla nejvíce patrná v nejsilněji obsazené subkategorii *interakce* (7 témat), vyjadřující chování personálu. Účastníci vyjadřovali potřebu pozitivní atmosféry v prostředí služby slovy „aby mi tam bylo dobře“, „abychom souzněli“, „aby (pracovníkovi) nedělalo problémy ke mně přijít, neodbyl mě“. Jedna z účastnic se s námi podělila o pozitivní dojmy z denního stacionáře slovy o tom,



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

že pracovníci „byli úžasně vstřícní“. v promluvách se také objevoval požadavek „aby na něj (klienta) byl někdo hodný“. Jedna z účastnic přišla s postřehem o lidech s demencí „oni velmi citlivě vnímají chování i neverbální personálu“ a formulovala, jakým způsobem vnímají klienti personál s negativním postojem ke klientům: „... vnímají, jak se na ně dívá a vztekle s nimi šoupe. Tohle je největší problém. Protože s nimi jednájí a není tam žádná úcta k člověku“. Jednotícím významem těchto témat byl způsob, jak klient vnímá, jak je s ním zacházeno a jaký vliv má chování personálu na kvalitu jeho života, což odpovídá indikátorům uživateli preferované domény kvantitativního výzkumu Subjektivní kvalita života klientů a podporuje závěry o důležitosti tohoto způsobu vnímání kvality pro uživatele. Navzdory metodologickým problémům které byly diskutovány ve fokusní skupině poskytovatelů a pracovníků veřejné správy představují tato zjištění výzvu pro tvorbu skutečně konsenzuálního modelu kvality.

- B. Přechodné výsledky byly druhým tematicky nejpočetnějším druhem kategorie Výsledky (5 témat). Konstrukt *přechodné výsledky* vyjadřuje, jak jsou klienty vnímány dva způsoby řešení jejich nepříznivé sociální situace protichůdnými jednorázovými intervencemi: přijetí do pobytové sociální služby nebo zajištění takové služby, která klientovi umožní zůstat v domácím prostředí. Oba způsoby řešení jsou účastníky vnímány z pohledu vnitřního nastavení klienta, což nejlépe vyjadřuje rozdílnost těchto vyjádření: „Pokud to nebude možný (postarat se o sebe), tak absolutně nechci být závislá na rodině.“ „Pro někoho je nepřijatelné, aby o něj pečovala rodina, a někdo naopak chce zůstat doma“. „Ona (matka účastnice skupiny) byla ten typ, který bude doma a nikam nechce“. Frekvence témat svědčí o relativní důležitosti těchto intervencí pro život klientů. Různorodé postoje účastníků nás také vedou k zamyšlení, zda se někdy příliš neideologizuje zásada udržení klientů v domácím prostředí. Součástí procesu hledání vhodného způsobu řešení nepříznivé sociální situace klienta by mělo být také zvážení kontextu individuální situace klienta včetně faktorů únavy a vyčerpání neformálních pečovatelských a postojů a přání budoucího klienta.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Ostatní výsledkové kategorie jsou obsazeny slaběji, přesto by neměly být opomíjeny, protože zjištění tohoto druhu nejsou izolované, neboť jsou podporovány nálezy v kvantitativní části výzkumu i v obsahu ostatních fokusních skupin. v promluvách nacházíme zmínky o potřebě dobrých materiálních a fyzických podmínek (3 témata) jako je komfort, respektive diskomfort prostředí „*lidi jsou řádově v osmi metrech čtverečních bez sociálního zařízení umožňující soukromí*“ a „*to vám je prostě deprese*“. Témata se také týkala důležitosti kvalitního jídla „... *kdo mají své blízké v domově pro seniory, tak si stěžují na to, jak nekvalitní jídlo je vařené*“. Klienty akcentovaná důležitost kvalitního stravování koresponduje se stejným hodnocením ohniskové skupiny poskytovatelů a veřejné správy. Účastnice rovněž zmiňovaly témata potřeby osobního rozvoje, například možností dělat „*keramiku, zpívání, trénování paměti*“ a potřebu autonomie – „*obyvatelé (DPS), které tam bydlí, jsou ženy, které byly zvyklé doma normálně pracovat a fungovat, jsou schopné si ustlat postel, poskládat si prádlo, utřít prach a jsou to činnosti, které jsou pro ně přirozené. My tam máme přepracovaný personál a přepečované obyvatele, kterým vymýšlíme aktivitu pro aktivitu*“. Žádné promluvy se explicitně netýkaly subkategorie práva, i když nacházíme tyto významy implicitně obsažené v rámci jiných subkategorií, například ve zmínkách o soukromí v materiálních podmínkách. Lze vyvozovat, že tato subkategorie má poměrně abstraktní charakter a vyžaduje hlubší, „odbornější“ vhled do problematiky kvality, který je mimo zkušenostní horizont klienta, což je okolnost, která jistě může bránit vzájemnému porozumění v komunikaci o kvalitě s uživateli služeb.

Druhou v pořadí frekvence výskytu témat byla pro uživatele, účastníky fokusní skupiny kategorie **Vstupy**, kterou tvořilo 34,6 % témat. Významově šlo o vnímání podmínek nezbytných pro kvalitní službu, jako je kvality a množství personálu, finanční zajištění dané prostředí služby a její organizační nastavení. Vesměš šlo opět o konkrétní podmínky často vnímané prostřednictvím zážitkové zkušenosti účastníků. Nejvíce témat obsahovala subkategorie týkající se kvality a množství personálu (7 témat). Tyto promluvy se často zabývaly pojmem odbornosti, často poukazem na fatální důsledky jejího nedostatku: „ ... *my po nich chceme mít kurz tříměsíční, a to je všechno... my je*



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

*pouštíme k těm nejkřehčím z nejkřehčích lidí (senioři s demencí) a ti lidé (pracovníci) nemají ani odborné znalosti, aby se o ty lidi starali. Já si myslím, že i ten člověk, který má jenom ten kurz a 24 hodin ročně to nestačí. protože když pečují o někoho, kdo je imobilní a kdo má syndrom demence a nerozumí tomu, co ten syndrom je, tak ony mají ty pečovatelky pak pocit, že jim to ten člověk dělá naschvál“. Tématem jsou také komunikační dovednosti a osobnostní nastavení personálu – „ hrozně důležitý pro sociální službu (je) dobrá komunikace (personálu)...kdo dokáže navázat kontakt říkám, že takoví lidé by tam měli být, co umí lidi potěšit a zajímat se o ně“. Dalšími druhy témat v rámci kategorie **Vstup** je organizační nastavení služby (5 témat), kde byla častým námětem fyzická i časová dostupnost služby (možnost transportu klientů, parkování, provozní doba) ale také požadavek dostupnosti lékařské péče. Bylo rovněž zmíněno nastavení služby jako otevřeného komunitního centra. Čtyřmi tématy byl zmíněn standard prostředí; v nedostatku jednolůžkových pokojů a stísněnosti prostoru byl spatřován zdroj obtíží v soužití klientů.*

Nejméně frekventovanou oblast témat představovala pro skupinu klientů kategorie **Proces**, ve smyslu metod, postupů a pravidel sociální služby, kterou tvořilo 23,1 % témat. Subkategorie pravidla obsahovala témata rychlé reakce na situaci klientů a jejich rodin, důležitosti dostatečného a kvalitního stravování nebo důsledků nevhodné skladby jídel. Jedno téma poukazovalo na nevhodné nastavení podmínek, kdy klientům byl znemožněn pobyt venku: „ Venku bylo nádherně v létě a na zahradě ani noha. a to jsem si říkala, proč ty lidi aspoň nevyvezou ven, že by ty lidi aspoň mohli sedět na lavičkách a užít si sluníčko“. Subkategorie postupy obsahovala problém nesprávné, účelové diagnostiky (Alzheimer), což vedlo k nesprávné, zanedbávající péči. Bylo rovněž konstatováno, že na druhé straně vhodně nastavená aktivizace může zlepšit stav klientů. Dále bylo zmíněno téma nevhodných postupů při asistenci klientům s příjmem potravy: „Ted' často je to jídlo přineseno člověku, který je imobilní, na stolečku, na který ten člověk vůbec nedosáhne.... že často nedosáhnou ani na to pití. Přinesou mu oběd, pak mu ho odnesou, ani se ho nezeptají“.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

- C. Oblast vnějších podmínek obsahovala 16 témat, což představovalo 23,5 % z celkového množství. Témata byla věnována z pohledu účastníků žádoucím požadavkům **Veřejné regulace** (7) a současným **Společenským podmínkám** (9), které limitují poskytování služeb. Požadavky na **Veřejnou regulaci**, nastavení sítě služeb, se objevily například v tématech potřeby odlehčovacích služeb jako prevence nutnosti pobytového zařízení - „... by měla být nějaká služba, aby ten člověk ošetřující mohl aspoň na tři hodiny vypadnout, jít se projít, na výstavu a tak“. Objevila se rovněž témata požadující dostupnost informací potřebných k výběru služeb: „Já si myslím, že nejdůležitější je dostupnost, abych věděla, kam se mám obrátit, aby mně bylo vysvětleno, co mě může tam čekat a organizace poskytnout, jaké jsou finanční náklady a odbornost“. **Společenské podmínky** byly reflektovány výroky zabývajícími se zejména vlivem vztahů v rodině na budoucí péči o své členy „... musíme začít v té rodině“ a postojů společenské odpovědnosti „ společnost zatím vůbec nevychovává lidi k tomu, aby mysleli i na stáří... nikdo nepočítá s tím, že bude za tu péči platit“. Objevilo se však také téma pozitivního vlivu komunitní koheze: „.....bydlím na takovém sídlišťátku, který jsme stavěli svépomocí. Tam si vzájemně pomůžeme, bydlíme tam 51 let, spolu jsme zestárlí, vychovali jsme společně děti, takže si vzájemně pomůžeme“.

10.2.3. Závěry

Analýza výsledků diskuze fokusní skupiny klientů seniorů o kvalitě sociálních služeb strukturovaná výše uvedeným způsobem potvrdila specifika vnímání této kategorie stakeholderů, na které poukázalo předcházející kvantitativní šetření. Ve skupině dominovalo vnímání kvality zaměřené na vliv sociální služby na život klientů, zprostředkovaný velmi často interaktivní zkušeností s chováním personálu. Takové vnímání lze zjednodušeně vyjádřit jako pocity, jaké v nich služba vyvolává a jak ovlivňuje jejich kvalitu života. Je nutné počítat se subjektivním charakterem percepce vycházející z konkrétní zážitkové, emočně zbarvené zkušenosti klienta jako s faktem, který je často přehlížen, ale který představuje výzvu, jíž je hledání způsobů jak tento faktor zapojit do požadavků systému kvality, neboť bez něj bude



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

každý model působit do jisté míry uměle a neživotně. Analýza témat také ukázala, že vnímání kvality prizmatem osobní zkušenosti klientů je zároveň tematicky diferencované a zahrnuje oblasti, které jsme zvyklí popisovat v termínech vstupů, procesů, a výsledků a měly by být jedním z činitelů procesu hodnocení.

Z jiného pohledu na témata, která se objevila v diskuzi klientů lze konstatovat, že analýza přinesla hojnost materiálu v podobě zažité nebo pozorované dobré i špatné praxe. Výše citované příklady ukazují, jak citlivě klienti vnímají chování personálu, a jaká rizika spočívají ve špatné, neodborné nebo nedbalé péči nebo v tolerování chyb v postupech a pravidlech. Pohled klienta je i v posuzování dobré či špatné praxe významným faktorem, který nemůže být opomíjen, má-li být implementace kvality účinná a její hodnocení validní.

Potvrzení výše uvedených specifik vnímání kvality klienty vede rovněž k doporučení pro komunikaci s touto skupinou stakeholderů: v případě komunikace s klienty o otázkách kvality sociálních služeb, nebo při šíření znalostí o kvalitě služeb mezi veřejnost a potenciaální klienty, lze doporučit takový způsob, který se obrací přednostně na jejich zkušenostní a emoční potenciál v oblasti subjektivního vnímání kvality života a na druhé straně nespoléhat se na komunikaci o procesech poskytování služby jako příliš abstraktních a specializovaných témat.

10.3. Ohnisková skupina lidé s mentálním postižením

Datum konání: 3. 11. 2021

Místo konání: Hotel Green Garden, Praha 2

Čas: 13.30 - 15.30

N= 6 (osoby s mentálním postižením)



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

V návaznosti na dosavadní výzkumná zjištění ke vnímání kvality sociálních služeb, prizmatech jejích aktérů se uskutečnily ohniskové skupiny se zástupci poskytovatelů služeb, veřejné správy a s lidmi, které sociální služby využívají. Záměr ohniskové skupiny s uživateli – s lidmi s mentálním postižením spočíval v porozumění tomu, jak participanti nahlíží na poskytovanou sociální službu z hlediska kvality, co podle nich přispívá ke spokojenosti se službou či co této spokojenosti brání. Ohnisková skupina byla vedena tak, aby umožnila respondentům se vyjádřit vlastními slovy/na základě vlastních zkušeností bez nutnosti být vázán pevnými otázkami.

Tematická analýza transkriptu této ohniskové skupiny odhalila některé společné prvky, které lze agregovat do témat korespondujících s **Donabedianovou triádou Vstupy – Procesy – Výsledky**. Výstupy z tematické analýzy jsme pro přehlednost zpracovali do Tabulky 1. v souladu se Shelockem postupujeme v prezentaci výstupů směrem od výsledků, přes procesy ke vstupům.



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Tabulka X Ohnisková skupina s uživateli v Donabedienuvě triádě

Téma	Kategorie	Citát
Výsledky	Přijetí takového, jaký jsem	<i>MJ "aby se k nám nechovali tak, že jsme prostě jiní než ostatní." PS "Abychom nebyli samostatná skupinka, ale bychom se začlenili i na trh, jak se říká, aby veřejnost s námi jednala jako k sobě rovným, bychom nebyli odstrčeni mimo společnost, ale aby to bylo i takhle, že by nás ta společnost přijala takový, jaký jsme. "</i>
	Sebeurčení	<i>KT "Poslední slovo bychom měli mít. Sice nám může poradit někdo z těch asistentů a sociálních pracovníků, to jo, a říct tu správnou cestu, jak on by to, ale konečné rozhodnutí je správně na nás. " MJ "Aby to bylo o svobodě."</i>
	Rodinná atmosféra	<i>PB "tak že je to pro mě velká rodina" UV "Mají tam vytvořenou uzavřenou skupinu jen lidi ze skoku, kde si třeba, když si chtějí popovídat a nechtějí volat asistentce, tak si volají mezi sebou anebo návrhy na výlety nebo něco, co budou dělat."</i>
	Pocit domova	<i>UV "Prostě aby to tam bylo prostě jako doma, bylo k dispozici jídlo a pití a prostě hezký, vyzdobený, diskrétní prostředí". MJ "A třeba aby tam byly zvířata, protože hodně lidí je má rádo. Nebo má rád zase kytky, tak aby tam bylo i to."</i>
	Posun vpřed	<i>UV "Já jsem od mamky odešla před třema rokama, a že jsem zvládla být sama." MJ "Že jsme se hodně posunuli, že jsou na nás hodný a že nám hodně pomáhají. " PB "Mně se to líbilo z toho důvodů, že jsem tam obsluhoval kolikrát."</i>
	Procesy	Vztahy v rámci organizace a navenek <i>PB "Aby to utvořilo i tu rodinu, aby se klienti navzájem poznali z těch organizací, i asistenti, aby o sobě věděli. " MJ "Aby ty sociální pracovníci byli naši kamarádi, bychom se vzájemně navštěvovali, tráвили spolu volný čas".</i>



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Tabulka X Ohnisková skupina s uživateli v Donabedienově triádě

Téma	Kategorie	Citát
	Aktivizační organizace	<p>TS "nejlepší organizace je tady Fosa, která mi našla nějakou práci. Já právě hledám a moc tomu věřím, aby mi pomohla." UV "Že jsme se hodně posunuli, že jsou na nás hodný a že nám hodně pomáhají." PS Určitě by tam neměla být šikana, fyzické a psychické omezování, pravidla. Aby to bylo o svobodě. TS "že mi s tím může pomoci, že si můžu vybrat" PB "takže já jsem měl schůzku s jednou paní a my jsme tam všechno vyplnili".</p>
Vstupy	Vstřícný/znalý personál	<p>PS "A máme jednoho asistenta, který nám hodně pomáhá, po doktorech s námi jezdí. a když od něj budeme něco potřebovat, tak nám to on přímo nakoupí v té lékárně." MJ "Nechci teda konkrétně říct, že člověk, který není vystudovaný, že tu práci dělá špatně, ale zažil jsem to tak, že ji dělal špatně a zažil jsem i to, že když člověk byl vystudovaný a tu práci dělal taky špatně. Takže si nevyberete. " OL "Tak se s ní můžeme telefonicky domluvit a ona nám nějaký problém pomůže řešit."</p>
	Lokalita – součást komunity	<p>PS "No a myslím si taky, aby byl jeden barák na jednu službu, to mi přijde jako na ústav. A to se mi vážně nelíbí. "</p>
	Stabilita organizace/ vybavení	<p>MJ Třeba auta, aby jich bylo dostatek. Třeba na doktory, výlety. OL "Může být ta organizace dobrá, ale neudrží se, kvůli tomu, že nejsou peníze. "</p>
	Postoj personálu	<p>UV "U nás ve skoku ty pracovníci to nedělají pro peníze. Kdyby to dělali pro peníze, tak to nedělá z nich nikdo."</p>



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Na úrovni výstupů či dopadů služby se pro participanty jeví jako zejména důležitý sociální rozměr služby tedy povaha vztahů s pracovníky. Ideální sociální prostředí participantů přirovnávali k rodině, přičemž za významný předpoklad spokojeného sociálního prostředí uváděli vzájemné partnerství s pracovníky, resp. asistenty. Přijetí jinakosti lidí personálem, respekt k individuálním preferencím a příležitosti k jejich realizaci je rovněž jedním z významných činitelů přispívající ke spokojenosti se službou. Prostor by mělo navozovat pocitu domova ve smyslu soukromí. Participantů uváděli důležitost vlastní výzdoby, možnost sdílení domova s přáteli, s domácími zvířaty podle vlastní vůle. Osvojení si nových dovedností umožňujících větší nezávislost či aktivní zapojení do života komunity je rovněž jedním z uváděných indikátorů spokojenosti se službou.

K tématu **procesů** je možné přiřadit výpovědi participantů vážících se k aktivitám organizace, které přispívají k utváření rodinné atmosféry a ty, které podporují klienty v aktivní participaci klientů na životě společnosti jako například v zaměstnání či v neplacené, leč pro klienta smysluplné aktivitě. Naproti tomu omezující řád či pravidla jsou vnímány negativně.

Co se týče **vstupů či zdrojů**, výpovědi participantů lze dále členit na materiál, finance a personál. U personálu participantů zmiňovali odbornou orientaci pracovníků a jejich postoje ve smyslu vnímavosti a flexibility vůči individuálním potřebám klientů. Za důležitý faktor přispívající ke kvalitě služby je podle nich odpovídající materiální zajištění, které umožňuje sociální participaci – umístění budovy služby/budovy v rámci komunity, dostatek dopravních prostředků. Participantů rovněž považovali za důležitou finanční stabilitu organizace.

Ohnisková skupina s uživateli podstatně přispěla k hlubšímu porozumění výsledků z kvantitativní fáze výzkumu. Je zřejmé, že sledování subjektivního vnímání je pro účely zvyšování kvality služby významné a má potenciál odkrývat často navenek skrytou realitu. Považujeme proto za důležité zabývat se otázkou, jakými metodami či postupy zjišťovat individuální dopady služby a to, co je spoluutváří. Inspirativní může být autory navržený rámec hodnocení kvality sociálních služeb vytvořený pro Evropskou asociaci poskytovatelů služeb pro osoby se zdravotním postižením (EASPD), ve kterém mj. doporučují volit kombinaci metod, které mají kapacitu zapojit do hodnocení jedince s těžkým či hlubokým postižením, rodinné příslušníky či pro klienty jinak blízké osoby, personál na úrovni přímé péče a managementu (Šiška, Beadle-Brown, 2022)¹². Má-li být cílem předmětného projektu

¹² v roce 2021 autoři provedli pro Evropskou asociaci poskytovatelů sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením (EASPD) analýzu vybraných inovativních nástrojů hodnocení kvality sociálních služeb používaných



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

zvyšování kvality sociálních služeb, pak doporučujeme uplatňovat při hodnocení kvality následující postupy:

- Pozorování žitých zkušeností lidí, prostředí, individuální podpory.
- Získávání názorů lidí, kteří službu využívají, a jejich rodin (např. průzkumem nebo rozhovorem).
- Shromažďování názorů zaměstnanců na jejich zkušenosti a podporu, kterou jim jejich organizace poskytuje, aby mohli vykonávat svou práci v souladu s očekávanými výsledky.
- Sledování procesů plánování používaných organizací.
- Rozhovory s vedoucími pracovníky organizace o tom, jak se věci v organizaci probíhají, jak sami interně hodnotí kvalitu, jaké mají plány na zlepšení kvality atd.

v zahraničí. na základě výsledků této analýzy jsme navrhly hodnotící rámec kvality, který může být v mnohém inspirativní i pro ČR.



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

11. Diskuze a závěry

11.1. Souhrn základních zjištění:

1. Vybraný soubor indikátorů kvality byl validní, spolehlivý a reprezentativní, vzájemné korelace mezi nimi tvořily faktory, které opravňují jejich rozdělení do sedmi tematických oblastí, domén.
2. Statisticky významné rozdíly v hodnocení důležitosti domén pro kvalitu skupinami aktérů a zjištěná vlastní hierarchie preferencí každé skupiny potvrdily specifickou perspektivu pohledu hlavních aktérů na kvalitu sociální služby související s jejich rozdílnou rolí a statusem. Doporučení: zapojení stakeholderů do procesu případné další revize zákonného systému kvality.
3. Přes odlišnosti ve vnímání aktérů byla u všech skupin stakeholderů nalezena relativní shoda o důležitosti subjektivního hodnocení kvality života, reprezentované v dotazníku stejnojmennou doménou. Doména **Subjektivní kvalita života** klientů byla hodnocena jako nejvíce důležitá pro kvalitu všemi skupinami, vnímání skupiny uživatelů této kvality pak bylo specifické svým zaměřením na výsledky služby zejména v oblasti interakce s personálem, a jejího vlivu na kvalitu života spojenou s prožitky pozitivní atmosféry ve službě, s přátelským chováním personálu, s pocity důvěry a bezpečí. Jak ilustrují výsledky diskuzí ve fokusních skupinách, například pro klienty se zdravotním postižením bylo významné přijetí jejich jinakosti personálem a vzájemné partnerství s pracovníky. Sledování subjektivního vnímání je pro účely zvyšování kvality služby významné a má potenciál odkrývat realitu, která může hodnocením procesních stránek kvality skryta. Doporučení: Konsenzus všech skupin na významu subjektivní kvality života klienta, které je ovlivňované nejenom naplňováním správných procesních pravidel péče, ale především přijetím klienta zaměstnancem služby na úrovni jeho osobního postoje, by neměl být při aktualizaci zákonného systému opomenut, jakkoliv se zdá nemožné tento úkol splnit legislativními prostředky. Inspirací mohou být skotské standardy zdravotní a sociální péče z roku 2018, které místo abstraktních a pro veřejnost málo srozumitelných pravidel explicitně vyjadřují požadavky na konkrétní chování zaměstnanců služeb ke klientovi.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

4. Ačkoliv se hodnocení domény Subjektivní kvalita života klientů všemi skupinami projevilo jako překvapivě vysoké v obecné důležitosti pro kvalitu, přesně opačně tomu bylo u skupin poskytovatelů a veřejné správy v případě zvažované inkluze této oblasti do zákonných standardů. Ambivalence zjištěná kvantitativním šetřením byla potvrzena a blíže vysvětlena v kvalitativní části výzkumu analýzou výsledků fokusních skupin poskytovatelů a veřejné správy: zdrženlivost vychází z nesmírně obtížného uchopení subjektivní kvality života a její obtížné měřitelnosti. Byly zmiňovány metodologické nejednotnosti, časová a finanční náročnost měření. Přesto zazněl názor, že na zjišťování subjektivního pohledu klientů by se navzdory metodologickým problémům určitě nemělo rezignovat. Příkladem řešení mohou být postupy podle rámce hodnocení kvality vytvořený pro EASPD, zmíněný v předchozí kapitole, Doporučení: Zaměřit se na tvorbu strategií a nástrojů, které by byly schopny validním a spolehlivým způsobem zapojit dimenzi výsledků služby a jejich vlivu na kvalitu života klientů do celkového hodnocení kvality.
5. Z pohledu aktérů patří mezi oblasti kvality také indikátory obsažené v doménách, které v našich podmínkách do systému kvality většinou zahrnovány nejsou. Jednalo se o trojici domén Zdravotní péče, Kvalita prostředí a Kontext. Existuje konsenzus stakeholderů, že celkovou kvalitu sociální služby ovlivňuje kvalita zdravotní péče a také materiální podmínky, jako je kvalita prostředí, nebo ekonomické zajištění služby. Preference indikátorů prostředí služby se objevovaly v kvantitativním výzkumu a také ve fokusních skupinách klientů seniorů i osob se zdravotním postižením, kde byla tato dimenze zmiňována seniory jako důležitá ve smyslu garance soukromí, intimity a také kontaktu s přírodou nebo prostředím komunity. Osobami se zdravotním postižením bylo akcentováno dobré technické vybavení usnadňující transport a mobilitu a také umístění služby v rámci komunity. v kvantitativních datech zachycená finanční stabilita služby (doména Kontext) se objevila také v diskuzi obou cílových skupin klientů.

Není překvapivé, že zejména pracovníci veřejné správy preferovali kvalitu zdravotní péče jako oblasti naplňující určitou společenskou objednávku. Rovněž respondenti



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

dotazníkového šetření z řad klientů s vyšší závislostí na péči akcentovali preferenci kvalitní zdravotní péče. Specifický požadavek dostupnosti lékařské péče jako součásti poskytovaných zdravotnických služeb se objevil rovněž ve fokusní skupině klientů-seniorů. Doporučení: Naše zjištění, která se týkají zejména vnímání důležitosti zdravotní péče, svědčí o existenci potřeby, aby tato oblast byla rovněž nějakým způsobem zahrnuta do zákonného systému kvality. Zařazení této důležité složky by mohlo přispět k systémovému řešení dosavadní rezortní fragmentace, která je překážkou skutečně moderní, integrované dlouhodobé péče. Zjištění týkající se kvality prostředí a ekonomického zajištění služby by neměla být rovněž opomíjena.

6. Zkoumání na úrovni jednotlivých položek – indikátorů kvality přineslo další dílčí zjištění, která by při aktualizaci zákonného systému kvality měla být rovněž brána v úvahu: v centru pozornosti profesionálů byla pravidla a procesy vedoucí k naplňování práv klientů a povinností poskytovatelů daných zákonem. Zjištění z obou částí výzkumu o preferencích skupin poskytovatelů a veřejné správy svědčila o pevném zakotvení standardů kvality v jejich vnímání kvality i přes výhrady k jejich použití, které se projeví v průběhu kvalitativního šetření. Zjištění rovněž vykazovala znaky specifických preferenčních vzorců, například pragmatické vnímání poskytovatelů preferující procesy efektivního řízení. Poznatky o důležitosti procesního zakotvení kvality pro profesionály by však měly být chápány v kontextu s výše uvedenými zjištěními o významu výsledků služby v podobě kvality života klientů, aby jejich akcentace procesů a pravidel nevedla k jednostranné redukci pojmu kvalita, kterou trpí současná praxe.

Uživatelé preferovali kromě přátelské atmosféry, pozitivní interakce s personálem a bezpečí ve službě také řadu dalších oblastí, které se bezprostředně týkají jejich života; efektivita reakce na změny stavu uživatele, vnímavost a flexibilita vůči individuálním potřebám, která byla akcentována v kvantitativním šetření, zajištění paliativní péče, důvěra klientů v personál, dostupnost odborné lékařské péče, prostředí umožňující zachovávat soukromí klientů. v diskuzích klientů v rámci fokusních skupin byla také akcentována autonomie a příležitost k seberealizaci, které jsou rovněž významnými



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

činiteli spokojenosti se službou. Kvalitativní analýza také ukázala, že klienti vnímají velmi citlivě rizika spočívající ve špatné, neodborné nebo nedbalé péči, často související s nízkou kvalifikací personálu nebo jeho špatným vedením.

7. Kvalitativní šetření přineslo, kromě výše uváděného potvrzení a rozšíření závěrů také nová, doplňující témata kvality. Profesionálové signalizovali problém s legislativním ukotvením sociálních služeb a to zejména s přílišným rozdrobením na jednotlivé druhy a sešňěrováním činností, které brání komplexnějšímu přístupu k potřebám klienta: *“Já vidím ty překážky i na straně zákona o sociálních službách, který jasně vyjmenovává pro jednotlivé služby činnosti, které může ta daná služba vykonávat, a my potom v praxi vidíme, že by klienti potřebovali ještě něco jiného a my to do té služby prostě nemůžeme napasovat“*. Problém byl také spatřován ve způsobu hodnocení kvality založeném primárně na formálních atributech, jako je kontrola správnosti vedené dokumentace: *“Určitě jak to nehodnotit, jet, zavřít se a projet papíry.“* Zmíněna byla také specifická role regulátora, veřejné správy na lokální a regionální úrovni, akcentující výsledky služby spíše než na její organizaci: *“To znamená, veřejná správa, a teď to řeknu hrubě, omlouvám se, je jí to jedno, jak si to udělá ten poskytovatel-ředitel. Klíčové je to, aby to fungovalo, když to funguje, to už je to veřejné správě jedno.“* Diskuze rovněž reflektovala názor poskytovatelů na potřebu, aby standardy kvality nebyly jen kontrolním nástrojem, ale aby plnily i funkci metodické pomoci v procesu zlepšování kvality: *„... si umím představit, že ty standardy v sociálních službách nebudou nástrojem kontroly, ale budou skutečně nástrojem, se kterým ti zaměstnanci budou pracovat.“*

Diskuze ve skupině klientů- seniorů přinesla rovněž doplnění informací z kvantitativní části o nová témata reflektující potřeby uživatelů. Mezi nimi byl například požadavek veřejné regulace dostupnosti informací potřebných k výběru služeb: *„Já si myslím, že nejdůležitější je dostupnost, abych věděla, kam se mám obrátit, aby mně bylo vysvětleno, co mě může tam čekat a organizace poskytnout, jaké jsou finanční náklady a odbornost“*. Diskuze ukázala, že by veřejná správa neměla spoléhat na pasivní šíření informací obvyklými médii nebo na to, že si zájemci sami budou vyžadovat informace



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

u poskytovatelů a také, že u nás zřejmě chybí služba poskytující komplexní informace a poradenství o sociálních službách, které jsou k dispozici v dosahu klienta. Byly prezentovány rovněž požadavky směrem k plánování sítě sociálních služeb, zejména k větší dostupnosti odlehčovacích služeb a služeb osobní asistence.

V kvalitativním šetření se také objevilo nové téma kvalifikace pracovníků v sociálních službách ve smyslu nedostatku této kvalifikace. Téma se objevilo překvapivě ve skupině klientů – seniorů, kteří velmi výstižně charakterizovali důsledky takového deficitu: „*Já si myslím, že i ten člověk, který má jenom ten kurz a 24 hodin ročně to nestačí protože když pečují o někoho, kdo je imobilní a kdo má syndrom demence a nerozumí tomu, co ten syndrom je, tak ony mají ty pečovatelky pak pocit, že jim to ten člověk dělá naschvál.*“

11.2. Zjištění ve světle perspektiv národních a evropských sociálních politik

Hodnocení dvou domén v předcházejícím textu, první týkající se významu zdravotní péče a druhé zabývající se významem kvality života klientů, vyvolává některé otázky o možnostech ukotvení obou kvalit v legislativním systému a o souvislostech se současným směřováním sociálních politik v širším slova smyslu.

Skeptický pohled na možnosti řešení kvality zdravotní péče v rámci poskytování sociálních služeb, ignorující potřebu integrace sociálně zdravotního pomezí se může odvolávat na absenci explicitního vyjádření termínu zdravotní péče v zákoně o sociálních službách. Z čistě rezortní perspektivy legislativních pravidel, sociální a zdravotní služby tvoří dva oddělené systémy, spadající do kompetencí dvou různých ministerstev a tudíž by měly být regulovány a financovány odděleně, v lepším případě paralelně. Takové pojetí mělo svou logiku před dvěma desetiletími, v době rychlé emancipace sociálních služeb jako nového samostatného oboru v našich podmínkách. Avšak v průběhu let, zejména v souvislosti



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

s postupným konstituováním pojmu dlouhodobé péče¹³, jako spektra kombinovaných zdravotních a sociálních služeb pomáhajících komplexně řešit potřeby osob s chronickými obtížemi, vznikala potřeba překonání úzce stavovského horizontu.

Přístup k dostupné a kvalitní dlouhodobé péči je jeden ze základních principů Evropského pilíře sociálních práv, který vyplývá nejen z potřeb vyvolaných signifikantními demografickými změnami v Evropě ale i závazky plynoucími z mezinárodních smluv, jako je Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením. Překonání úzkého pojetí péče na sociálně zdravotním pomezí je celoevropskou výzvou. Srovnávací studie pro Evropskou komisi **Challenges in long-term care in Europe**, Spasova a kol. (2018) uvádí, že faktorem, který odlišuje míru vypořádání se s touto výzvou v různých členských státech je komplexita služeb dlouhodobé péče. Komplexitou nebo integrací péče je míněn mix zdravotní a sociální péče s náležitou koordinací obou složek. Studie rovněž uvádí, že ve většině zemí bohužel existuje institucionální a teritoriální fragmentace LTC¹⁴, v mnoha zemích chybí integrace mezi zdravotní a sociální péčí. Obě služby jsou financovány z různých zdrojů a organizovány na různých horizontálních a vertikálních úrovních. Často je zdravotní systém zodpovědný za péči prováděnou zdravotnickými profesionály, zatímco denní aktivity jsou organizovány sociálním sektorem. Podle autorů studie pouze tři země doposud dospěly k plné integraci obou systémů – Dánsko, Itálie a Portugalsko (stav v roce 2018). Některé země postoupily v integraci částečně a některé vůbec, mezi ně patří Česká republika.

Potřebu integrace dlouhodobé péče v České republice zmiňuje Evropská komise v **Country reportu pro Českou republiku v roce 2020**. V kapitole Sociální politika na straně 30 se píše: „Jedna z největších výzev je integrace v poskytování dlouhodobé péče mezi zdravotnickými

¹³ Takto užívaný pojem je širší než ve zdravotnické legislativě již existující institut dlouhodobé lůžkové péče jako specifické zdravotní služby, která je poskytována zdravotnickými pracovníky chronicky nemocným a nesoběstačným osobám, buď v lůžkovém [zdravotnickém zařízení](#), nebo v domácím prostředí.

¹⁴ Rozšířená zkratka pro dlouhodobou péči pocházející z anglického termínu long-term care



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

a sociálními službami. Fragmentace a rozdílnosti v podmínkách a dostupnosti pokračuje a podkopává efektivitu společného schématu péče.“

Přesto, že konkrétních výsledků v integraci sociální a zdravotní péče v naší zemi zatím ještě nebylo dosaženo, můžeme konstatovat zřetelný posun ve vnímání tohoto problému v důležitých národních dokumentech sociální politiky. Integrovaná dlouhodobá péče byla zahrnuta jako perspektivní cíl v několika významných vládních a rezortních dokumentech. Například **Národní program reforem ČR, Evropský semestr semestr 2020** konstatuje na str. 20, v kapitole 3.2.3 Opatření Dlouhodobá zdravotně sociální péče: „Cílovým stavem je nastavení komplexního systému prostupné (integrované) sociálně zdravotní péče, kdy uživatel/pacient dostane péči dle svých potřeb a ne podle toho, zda leží na zdravotním nebo sociálním lůžku. Tato integrovaná péče má jasně nastavené personální standardy, procesní standardy, materiálně technická standardy pro posouzení vhodnosti uživatele/pacienta, transparentní síť a dostupnost péče“. Legislativní reforma v oblasti dlouhodobé péči je také jedním z milníků pro rok 2023 **Národního plánu obnovy** v rámci pilíře 3. Vzdělávání a trh práce. Rovněž strategický materiál MPSV **Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016 až 2025** v kapitole 3.3 *Sociálně zdravotní pomezí* řeší nepropojenost systémů zajišťujících sociální a zdravotní pomezí. Závěrem je v tomto strategickém materiálu deklarováno: „Z hlediska výše uvedeného bude nutné připravit legislativní opatření, která upraví poskytování zdravotních a sociálních služeb, zajistí dostatečné materiální a technické prostředí, personální zajištění, standard péče a transparentní financování.“

Domníváme se, že poznatky z našeho výzkumu rezonují se současným chápáním integrace služeb na sociálně zdravotním pomezí a otevírají prostor pro možnost jejich využití v rámci reformních snah podle výše uváděných strategických dokumentů.

Kvalita života je v sociální politice zemí Evropské unie považována za legitimní cíl poskytování individualizované (personal-centred) sociální služby. Kategorie kvality života



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

je zastoupena v řadě strategických a analytických dokumentů EU. Například ve **Sdělení Evropské komise z 3. 3. 2021. Strategie práv osob se zdravotním postižením na období 2021 až 2030**. Sdělení ve svém závěru na straně 30, hovoří o tom, že cílem této strategie je „dosáhnout významného zlepšení ve všech oblastech života osob se zdravotním postižením v EU i mimo ni“. Významným nástrojem této strategie jsou sociální služby. Vztah mezi kvalitou sociální služby a kvalitou života je explicitně vyjádřen v již zmíněné srovnávací studii o službách dlouhodobé péče v Evropské unii. Dokument na straně 12 konstatuje „Kvalita dlouhodobé péče je klíčem k udržení a zlepšení kvality života zranitelných seniorů v domácí i rezidenční péči“. Podobně v závěrech tohoto dokumentu je na str. 13 uvedeno, že „dlouhodobá péče zůstává kritickým faktorem udržení a zlepšení kvality života zranitelných seniorů“. Kvalita života je také součástí jednoho ze zastřešujících principů kvality sociálních služeb „zaměřenost na osobu“ v **Dobrovolném evropském rámci pro kvalitu sociálních služeb** (Brusel 2010).

Zatímco v dokumentech sociálních politik je kvalita života často uváděna jako obecný cíl nebo princip, v odborné literatuře je tento koncept analyzován jako teoretický konstrukt v řadě oborů, například v ekonomii, medicíně, sociálních vědách a podle zaměření operuje s různými pojmy jako štěstí, fyzická, duševní a spokojenost, sebeaktualizace, prosperita a podobně. Pro sociální služby jsou relevantní zejména práce, které „opouštějí prostý zájem o tuto kvalitu jako hodnoty a touhy jednotlivých lidí“ (Kocman, p. 7) ale chápou individuální kvalitu života jako skutečný jev, projevující se třeba v kontrole nad vlastními rozhodnutími, v osobním rozvoji, či v uspokojivých interpersonálních vztazích. V posledních dvou dekádách je kvalita života jako specifický konstrukt rozpracováván do modelů, které představují posun proti staršímu chápání sociální služby zaměřené úzce na proces řešení nepříznivé sociální situace prostřednictvím řešení jeho potřeb. V tomto pojetí existuje náročnější cíl, dosažení takového výsledku, který ovlivní kvalitu života klienta. V takových konceptech bývá mnohvrstevnatý pojem kvality života často propojen s metodami umožňujících hodnocení efektivity a kvality služby, například Šiška, Beadle-Brown (2022) nebo Forder et al. (2016). Domníváme se, že takové chápání kvality života jako výsledku sociální služby, souzní s cíly výše uvedených dokumentů a strategií sociální politiky.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Přes pozorovatelný pokrok v metodologii není implementace pojmu kvality života klientů do modelů současných systémů standardů kvality příliš častá. K výjimkám patří například Standardy zdravotní a sociální péče ve Skotsku, které jsou od dubna 2018 používány Inspektorátem péče, Skotskou zdravotní péče a dalšími kontrolními orgány v souvislosti s inspekcemi a registracemi zdravotnických a sociálních služeb. Kvalita života je jako jedna z hlavních zásad rozpracována do podrobných kritérií a prolíná se všemi standardy.

Ačkoliv naše zákonné standardy kvalitu života nezmiňují, ve stěžejní legislativě, v zákoně o sociálních službách 108/ 2006 pojem kvality života nechybí, i když je explicitně použit jen sporadicky, jako jeden z cílů služby v § 62, odst. 1 Nízkoprahové zařízení pro děti a mládež. Nicméně celá řada podmínek, které determinují kvalitu života, v zákoně obsaženy jsou, neboť jsou zmíněny v základních zásadách zákona, (§ 2, odst 2) ať už je to zachování lidské důstojnosti, rozvoj samostatnosti, posilování sociálního začlenění nebo zajištění práv a svobod.

Závěrem lze konstatovat, že současné chápání kvality života tvoří ve výše zmíněných teoretických modelech a v konceptech sociální politiky a legislativy kongruentní myšlenkové linie, v jejichž intencích se jeví jako přínosné formulovat kvalitu života klienta v rámci modelů hodnocení kvality sociálních služeb.

11.3. Souvislosti našich zjištění se zákonným systémem kvality

Preferencím stakeholderů ve vnímání různých dimenzí kvality nebyla doposud v oblasti kvality sociálních služeb věnována pozornost. Naše šetření, které spočívalo ve sběru a vyhodnocení širokého objemu kvantitativních dat doplněných kvalitativními metodami přineslo bližší porozumění mnohostrannosti obrazu kvality poznáním shod a rozdílů v perspektivách jednotlivých stakeholderů, jimiž byli poskytovatelé, zaměstnanci veřejné správy a uživatelé sociálních služeb. v tomto ohledu je třeba zmínit, že ačkoliv intenzivní zapojení stakeholderů do procesu tvorby standardů kvality sociální péče je ve vyspělých zemích samozřejmostí, což dokládá například přehledová studie na toto téma (Health Quality and Information Authority, 2018) či detailní popis přípravy standardů a indikátorů ve Velké



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Británii (Benett et al., 2014), obvykle se jedná o zapojení kvalitativní na bázi expertních panelů, konzultačních skupin apod., ovšem bez sběru a vyhodnocení většího objemu kvantitativních dat, jaký byl realizován v rámci našeho výzkumu. Výsledky našeho výzkumu otevírají prostor pro ucelený model konsenzuálního chápání kvality intenzivním zapojením perspektiv všech hlavních aktérů. Standardy kvality, jako součást zákonného systému kvality by měly podat ucelený obraz kvality a měly by být dostatečně srozumitelné nejenom profesionálům, ale také pro další účastníky procesu poskytování služby a širší veřejnost.

Zákonné standardy kvality sociálních stejně jako mechanismy, které kontrolují jejich dodržování, nepochybně přispěly ke zlepšení kvality sociálních služeb v našem prostředí. Naš výzkum na několika místech dokládá, jak je současný zákonný systém zakotven v uvažování poskytovatelů a pracovníků veřejné správy, které se zabývají regulací prostředí sociálních služeb. Je však třeba zmínit, že zákonný systém kontroly kvality, který v našem prostředí vznikl inspirován britským vzorem na začátku milénia, se v současnosti orientuje spíše na posuzování procesů než na výsledek či dopad na jedince, přičemž primárním kritériem hodnocení je doložení potřebné dokumentace jako důkazu splnění požadavku definovaného v příslušném standardu. Česko není s převažující orientací kontroly kvality na struktury a procesy ojedinělé. I v jiných evropských státech se hodnocení kvality v minulosti zaměřovalo primárně na procesy a postupy, které mají nezřídka jen okrajový nebo žádný dopad na uživatele (Beadle-Brown et al., 2008; Netten et al., 2012). v některých zemích však došlo v posledním desetiletí k novému vývoji, a to zejména propojením indikátorů zaměřených na procesy s indikátory orientovanými na výsledky, tedy dopady na uživatele (Towers et al., 2019). ve světle zjištění našeho výzkumu o relativní důležitosti subjektivního hodnocení kvality uživatelem pokládáme za užitečné otevřít odbornou diskuzi a při uvažované revizi zákonného systému hledat inspiraci ve výzkumem podložených modelech hodnocení kvality doma i v zahraničí.

Přes jistou variabilitu výsledků naše studie dokládá relativní shodu respondentů o důležitosti subjektivního hodnocení kvality služby uživatelem, a to jak pro služby sociální péče, tak služby sociální prevence. Zařazení této domény do zákonných standardů kvality



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

se však jeví z pohledu respondentů, kteří jsou rozhodujícími aktéry procesu, tedy poskytovateli a veřejnou správou jako problematické. To úzce souvisí se skutečností, že konstrukty pro hodnocení důležitosti pro kvalitu a konstrukty pro hodnocení preference k zařazení do standardů jsou sice navzájem provázány, avšak nelze je chápat jako ekvivalentní. Svědčí o tom nízká korelace mezi nimi právě u subjektivní kvality života především u služeb sociální péče, jež byla nalezena u poskytovatelů u zástupců veřejné správy. Uvedený poznatek můžeme interpretovat tak, že stakeholdeři si uvědomují důležitost uvedené domény, zároveň však u nich existují určité obavy, že její zahrnutí do standardů a s tím související pokus o kvantitativní podchycení (např. na základě odpovídajících dotazníků kvality života klientů) by mohl vést ke zkresleným výsledkům, protože by se do nich promítla řada externích faktorů. Ty jsou do značné míry nezávislé na průběhu poskytování sociální služby (např. klientovy životní zkušenosti, sociální a zdravotní či ekonomický status). Na uvedený problém upozorňují Forder et al. (2016) na příkladu Anglie, kde je tzv. social care-related quality of life (SCRQoL) u klientů již delší dobu důležitým indikátorem v rámci systému Adult Social Care Outcomes Framework (ASCOF) sloužícího na lokální i národní úrovni k nastavení priorit v oblasti péče, měření zlepšení a posílení transparentnosti (Department of Health and Social Care, 2018). Autoři navrhli sofistikovaný statistický model vnějších faktorů pro korekci dat z šetření mezi klienty tak, aby byly tyto na péči nezávislé faktory eliminovány a bylo hodnoceno skutečně pouze to, co přímo souvisí s poskytovanou péčí. Jejich přístup je jistě inspirativní, avšak určitým rizikem uplatnění tohoto přístupu v praxi může být poměrná složitost modelu.

V našem výzkumu byla výše zmíněná nízká korelace mezi vnímanou důležitostí a preferencí k zařazení do standardů zjištěna primárně u služeb sociální péče, v případě sociální prevence byly hodnoty korelačního koeficientu podstatně větší. U služeb sociální péče by se dalo očekávat větší ovlivnění subjektivní kvality života externími faktory, což odpovídá větším obavám stakeholderů z případného zkreslení výsledku. To je v souladu i s poznatkem, že u sociální prevence byla celkově preference k zařazení do standardů vyšší, než tomu bylo u sociální péče. Z hlediska vnímané důležitosti přitom mezi službami sociální péče a prevence nebyl ve většině domén patrný podstatný rozdíl. Opět to svědčí o poněkud větší míře



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

skepticismu k zařazování konstruktů kvality do standardů u poskytovatelů služeb sociální péče ve srovnání s preventivními službami, což může být dáno odlišnou cílovou skupinou a potenciálně větším rizikem zkreslení.

Mezi další důležitá zjištění našeho výzkumu patří, že respondenti zejména z oblasti sociální péče preferovali oblast kvality zdravotní péče. Poskytovatelé pobytových služeb pro seniory více akcentovali zdravotní péči v porovnání s respondenty z řad poskytovatelů tohoto typu služeb pro osoby se zdravotním postižením. Tomu odpovídá skutečnost, že v domovech pro seniory je zdravotní péče velmi významnou součástí jejich činnosti. Rovněž zástupci veřejné správy preferovali v hodnocení kvality oblast zdravotní péče. To může do jisté míry odrážet dlouholetou nespokojenost s roztříštěností systému a s faktem, že zdravotní a sociální péče jsou vzájemně oddělené, obtížně koordinovatelné a ne vždy potřebným způsobem spolupracující (MPSV, 2020).

11.4. Limity a další perspektivy

Tato studie má určité limity spojené se způsobem jejího provedení. Navzdory anonymní online podobě šetření mezi poskytovateli a zástupci veřejné správy nelze vyloučit, že někteří z nich měli tendenci k sociálně přijatelným odpovědím, což mohlo výsledky poněkud zkreslit směrem k vyšším hodnotám vnímané důležitosti a preference k zařazení do standardů. Vyplňování dotazníků uživateli sociálních služeb probíhalo s podporou vyškolených asistentů, což rovněž mohlo mít určitý dopad na výsledky. U klientů bylo rovněž nadproporční zastoupení těch využívajících rezidenční péči oproti uživatelům podpůrných služeb poskytovaných v jejich domově. Poskytovatelé i uživatelé preventivních sociálních služeb také byli podstatně mladší ve srovnání s těmito skupinami u služeb sociální péče. To poněkud komplikuje přímé srovnání obou skupin, protože bylo zjištěno, že věk statisticky signifikantně koreluje s vnímanou důležitostí některých domén (Tabulka 4, Šiška et al., 2021).

Navzdory uvedeným limitům studie poskytuje značné množství dat majících přímou relevanci k hojně diskutované problematice kvality sociálních služeb, a to především v dosud



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

prakticky nestudované oblasti stakeholdery vnímané důležitosti relevantních domén a její vazby na preference k jejich zařazení do standardů kvality.

Studie přispěla v rámci zkoumání překážek současného zákonného systému kvality do diskursu o strategii zjišťování individuálního dopadu sociální služby na kvalitu života klientů. Soubor indikátorů takové strategie hodnocení kvality by měl obsahovat také otázky, zda je personál přátelský, respektující, podporující, pozitivní, trpělivý atd. Je zřejmé, že poznatky o naplňování takových indikátorů nelze dovodit z předložené dokumentace, nýbrž prostřednictvím aktivního zapojení uživatelů a pozorování. Zákonný systém hodnocení kvality inspirovaný britským modelem z počátku nového tisíciletí pozitivně ovlivnil podobu sociálních služeb v České republice. Nicméně britský systém stejně jako systémy v dalších zemích doznal od té doby řady změn. I v České republice bude třeba identifikovat, diskutovat a empirickými metodami ověřit takové strategie a metody hodnocení kvality sociálních služeb, které respektují koncept kvality života, jsou dostatečně vnímavé vůči strukturálnímu uspořádání služby, a které umožní generovat poznatky z reálného prostředí a za aktivní účasti těch, kterých se to v první řadě týká.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Literatura

Beadle-Brown, J., Hutchinson, A., & Mansell, J. (2008). Care standards in homes for people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 21 (3). 210-218. <https://doi:10.1111/j.1468-3148.2007.00400.x>

Bennett B., Coventry E., Greenway N., Minchin M. (2014) The NICE process for developing quality standards and indicators, National Institute for Health and Care Excellence, Manchester, United Kingdom, *ZEFQ -The Journal of Evidence and Quality in Health Care*, 108 (p. 481-486)

Blom B.; MORÉN S. Evaluation of quality in social-work practice. *Nordic Journal of Social Research*, 2012, 3: 1-17.

Brown, C. R., (2007). Where are the patients in the quality of health care? *International Journal for Quality in Health Care*, 19 (3), 125-126. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm009>

COMMISSION STAFF WORKING DOCUMENT Country Report Czechia 2020 Accompanying the document COMMUNICATION FROM THE COMMISSION TO THE EUROPEAN PARLIAMENT, THE EUROPEAN COUNCIL, THE EUROPEAN CENTRAL BANK AND EUROGRUPP, 2020 European Semester: Assessment of progress on structural reforms, prevention and correction of macroeconomic imbalances, and results of in depth reviews under Regulation (EU) No 1176/2021

Spasova S., R. Baeten, S. Coster, D. Ghailani, R. Peňa- Casaa, B.Venhercke, **Challenges in long-term care in Europe**, A study of national policies 2018, EUROPEAN COMMISSION, European Social Policy Network B-1049 Brussels

Dobrovolný evropský rámec kvality v sociálních službách, Výbor pro sociální ochranu, SPC/2010/10/8 Brusel 2010

Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Washington, D.C.: USPHS. Health Services Research Study Project.*

Donabedian, A. (1980). Explorations in quality assessment and monitoring. *Ann Arbor, MI: Health Administration Press.*

Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743-1748. doi:10.1001/jama.260.12.1743

Hort, V. Inspekce? Inspekce! *Sociální služby*. březen, 2017



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Forder, Julien E. and Malley, Juliette and Rand, Stacey and Vadean, Florin and Jones, Karen C. and Netten, Ann (2016) Identifying the impact of adult social care: interpreting outcomes data for use in the Adult Social Care Outcomes Framework. *Personal Social Services Research Unit, University of Kent*, 67 pp.

Health Information and Quality Authority (Authority, 2018) International review of the methodologies for developing national standards and guidance for health and social care service

Hoffmann, F., & Leichsenring, K. (2010). Quality management by result-oriented indicators: Towards benchmarking in residential care for older people, *European Centre for Social Welfare Policy and Research*

Mareš J. Resistance of health personnel to changes in healthcare. *Kontakt* 2018; 20(3): e262–e272; <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2018.04.002>

Michalík J. (2008). Smluvní vztahy v sociálních službách. NRZP ČR

Kocman, D., & Paleček, J. (2013). Formalismus a inspekce kvality sociálních služeb. *Zpráva z kvalitativního šetření*. [Formalism and quality control of social services. Qualitative survey report]. *Centrum pro výzkum a inovaci v sociálních službách*. (Original work published in Czech)

Mátl, O. a M. Jabůrková. Kvalita péče o seniory: řízení kvality dlouhodobé péče v ČR: [výstupy z aplikovaného výzkumu]. Praha: *Galén*, 2007. ISBN 978-80-7262-499-7.

McGlynn, E. A. (1997). Six Challenges in Measuring The Quality of Health Care by Elizabeth A. McGlynn, *HEALTH AFFAIRS*, 16 (3). <https://doi.org/10.1377/hlthaff.16.3.7>

MPSV ČR: Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025. [online]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/29623>

Národní plán obnovy, Plán pro oživení a odolnost České republiky, Praha, září 2021, Konsolidované znění po konzultacích s Evropskou komisí

Netten A. (2011), Overview of outcome measurement for adults using social care services and support, School for Social Care Research, ISBN 978-0-85328-451-2

Netten, A., Trukeschitz, B., Beadle-Brown, J., Forder, J., Towers, A., & Welch, E. (2012, April 27). Quality of life outcomes for residents and quality ratings of care homes: Is there a relationship? Retrieved October 03, 2020, from <https://academic.oup.com/ageing/article/41/4/512/47274>



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Pittam Gail, Monica Dent, Hussain Nain, Griffin Michael, Hovard Linsey, Blackwood Ros. (2015). a multi method study to inform the development of Quality Watch: Consensus on Quality. Solutions for Public Health.

Pracovní verze doporučených standardů kvality pro pobytová zařízení (2014), vydáno *Asociace poskytovatelů sociálních služeb*

<https://www.apsscr.cz/cz/nabizime/doporuceny-postup>

Řiháček T., Čermák I. Hytych R. a kol., (2013), Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy, Masarykova univerzita Brno

Sdělení Evropské komise evropskému parlamentu, Radě, evropskému hospodářskému a sociálnímu výboru a výboru regionů, Unie rovnosti: Strategie práv osob se zdravotním postižením na období 2021 až 2030. Brusel 3. 3. 2021

Stichler, J. F., & Weiss, M. E. (2001). Through the Eye of the Beholder: Multiple Perspectives on Quality in Women's Health Care. *Journal of Nursing Care Quality*, 15(3), 59–74. <https://doi.org/10.1097/00001786-200104000-00009>

Šanderová J. (2000) Sociální stratifikace: Problém, vybrané teorie, výzkum. Praha: Karolinum.

Šiška, J., Čáslava, P. (2021.) Towards Community-Based Disability Support Services in Czechia: Nearly There? In Jan Šiška, Julie Beadle-Brown et al. The Development, Conceptualisation and Implementation of Quality in Disability Support Services. In. Praha: Karolinum

Šiška, J., et al. What matters while assessing quality of social services? Stakeholders' perspective in Czechia. *European Journal of Social Work*, 2021, 1-20.

Šiška J. Beadle-Brown, J., (2022) Innovative Frameworks for measuring the Quality of services for Persons with Disabilities, European Association of Service Providers for Persons with Disabilities, Brussels

Towers, A., Palmer, S., Smith, N., Collins, G., & Allan, S. (2019). a cross-sectional study exploring the relationship between regulator quality ratings and care home residents' quality of life in England. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17(1). doi:10.1186/s12955-019-1093-1

Veřejný ochránce práv (2019), Je alarmující, že stát odsouvá ochranu seniorů, tisková zpráva, dostupné na <https://www.ochrance.cz/aktualne/tiskove-zpravy-2019/je-alarmujici-ze-stat-odsouva-ochranu-senioru/>

Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 v platném znění.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Značka kvality APSS ČR: Přehledy hodnocených oblastí pro ambulantní služby, pečovatelská služba, domovy pro seniory (2014), vydáno *Asociace poskytovatelů sociálních služeb*



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Příloha 1. Subjekty šetření

Obce

K 27. květnu 2016 Český statistický úřad uvádí celkem **6258** obcí v ČR. Postavení obcí a jejich role jsou legislativně definovány zejména působností při zajišťování sociálních služeb podle § 94 ZOSS.

Obce s rozšířenou působností

Postavení obcí s rozšířenou působností a jejich role jsou legislativně definovány zejména působností při zajišťování sociálních služeb podle § 92 ZOSS. V České republice je celkem **205** obcí s rozšířenou působností, z toho nejvíce ve Středočeském (26) a Moravskoslezském (22) kraji. Naopak nejméně jich je v Karlovarském (7) a Libereckém (10) kraji. Postavení těchto obcí a jejich role jsou legislativně definovány zejména působností při zajišťování sociálních služeb podle § 94 ZOSS. Obce s rozšířenou působností mají ve své organizační struktuře sociální odbory, které plní úkoly vyplývající z jejich působnosti při zajišťování sociálních služeb. Jejich zaměstnanci, kteří mají ve své pracovní náplni agendu sociálních služeb, byli subjekty našeho šetření v užším slova smyslu a tvořili část skupiny veřejné správy.

Krajské úřady

Postavení krajských úřadů a jejich role jsou legislativně definovány zejména působností při zajišťování sociálních služeb podle § 93 ZOSS. na území ČR existuje 13 krajů a Hlavní město Praha, které má postavení kraje. Jak ukazuje následující tabulka, kraje se liší počtem obyvatel, rozlohou a zalidněním:



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Tab. 1

Název kraje	Zkratka ČSÚ	Krajské město	Počet obyvatel	Rozloha	Hustota zalidnění
Zlínský	ZLK	Zlín	590 459	3 963,55	149
Ústecký	ULK	Ústí nad Labem	830 371	5 334,52	154
Středočeský	STČ	Praha	1 274 633	11 014,97	104
Plzeňský	PLK	Plzeň	574 694	7 560,93	73
Pardubický	PAK	Pardubice	505 285	4 519,00	112
Olomoucký	OLK	Olomouc	639 946	5 266,57	123
Moravskoslezský	MSK	Ostrava	1 236 028	5 426,83	227
Liberecký	LBK	Liberec	439 262	3 162,93	135
Královéhradecký	HKK	Hradec Králové	555 683	4 758,54	115
Kraj Vysočina	VYS	Jihlava	512 727	6 795,56	75
Karlovarský	KVK	Karlovy Vary	310 245	3 314,46	92
Jihomoravský	JHM	Brno	1 169 788	7 194,56	159
Jihočeský	JHČ	České Budějovice	637 460	10 056,79	62
Hlavní město Praha	PHA	Praha	1 286 399	496,1	2 360

Důležitou sociálně ekonomickou charakteristikou kraje může být příslušnost kraje k tzv. strukturálně postiženým regionům. Jedná se o oblasti s vysokým zastoupením průmyslu a vysokým stupněm urbanizace, jejichž průmyslová základna prošla v 90 letech výraznou restrukturalizací a poklesem, spojeným s nadprůměrnou nezaměstnaností. Tyto regiony jsou charakterizovány také nízkou životní úrovní, vysokou mírou sociálního vyloučení a asociovaných sociálních problémů jako je vysoká zadluženost, nebo zvýšená kriminalita, výrazná drogová scéna, obchod s lidmi apod. Jedná se Ústecký, Moravskoslezský a Karlovarský kraj. Z pohledu našeho výzkumu lze očekávat v těchto regionech výraznější akcentaci služeb sociální prevence.



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Kraje mají ve své organizační struktuře sociální odbory, které plní úkoly vyplývající z jejich působnosti při zajišťování sociálních služeb. Jejich zaměstnanci, kteří mají ve své pracovní náplni problematiku sociálních služeb, byli našimi subjekty v užším slova smyslu a tvořili další část skupiny veřejné správy.

Poskytovatelé sociálních služeb

Zákon o sociálních službách stanoví tři základní druhy služeb, odborné sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Celkem existuje 32 druhů služeb, z toho 13 druhů služeb sociální péče, 18 druhů služeb sociální prevence a odborné sociální poradenství. Podle Registru poskytovatelů sociálních služeb ke dni 16. 12. 2018 je rozložení počtů služeb dle následující tabulky. Počty služeb nejsou totožné s počty poskytovatelů, protože řada poskytovatelů má registrovanou více než jednu službu, což je však pro naše šetření nepodstatné, neboť nás zajímají preference kvality ve vztahu ke „konkrétní“ službě. Následující tabulka ukazuje počty registrovaných služeb podle jednotlivých druhů:

Tab. 2

Druh	Počet	Základní druh	Forma
odborné sociální poradenství	536	odborné soc. poradenství	není určeno
<i>Celkem služeb odborného sociálního poradenství</i>	536		
denní stacionáře	268	péče	ambulantní
domovy pro seniory	533	péče	pobytová
osobní asistence	221	péče	terénní
podpora samostatného bydlení	56	péče	terénní
centra denních služeb	84	péče	ambulantní
domovy pro osoby se zdravotním postižením	203	péče	pobytové
domovy se zvláštním režimem	344	péče	pobytové
chráněné bydlení	211	péče	pobytové
odlehčovací služby	310	péče	všechny formy



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

pečovatelská služba	714	péče	terénní nebo ambulantní
průvodcovské a předčitatelské služby	16	péče	terénní nebo ambulantní
tísňová péče	18	péče	terénní
týdenní stacionáře	52	péče	pobytové
<i>Celkem služeb sociální péče</i>	<i>3030</i>		
azylové domy	218	prevence	pobytová
domy na půl cesty	38	prevence	pobytová
intervenční centra	18	prevence	všechny formy
krizová pomoc	42	prevence	všechny formy
nízkoprahové zařízení pro děti a mládež	254	prevence	ambulantní nebo terénní
raná péče	49	prevence	terénní
sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	258	prevence	terénní nebo ambulantní
sociálně terapeutické dílny	160	prevence	ambulantní
telefonická krizová pomoc	36	prevence	není určeno
terénní programy	221	prevence	terénní
tlumočnické služby	28	prevence	terénní
kontaktní centra	61	prevence	ambulantní nebo terénní
nízkoprahová denní centra	65	prevence	ambulantní nebo terénní
noclehárny	79	prevence	ambulantní
služby následné péče	44	prevence	ambulantní nebo pobytové
sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	149	prevence	ambulantní nebo terénní
sociální rehabilitace	289	prevence	terénní nebo ambulantní
terapeutické komunity	15	prevence	pobytové
<i>Celkem služeb sociální prevence</i>	<i>2024</i>		
<i>Celkový počet služeb</i>	<i>5590</i>		

Subjekty našeho výzkumu v užším slova smyslu byli pracovníci služeb, kteří mají klíčovou roli v řízení kvality služby: jde tedy o ředitele nebo vedoucí služeb, případně sociální pracovníky.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Uživatelé sociálních služeb

Uživatelé jsou fyzické osoby využívající jednotlivé, výše uvedené druhy a formy sociálních služeb z důvodu nepříznivé sociální situace. Tyto osoby tvořili cílové skupiny odpovídající jednotlivým druhům poskytovaných služeb sociální péče, služeb sociální prevence.



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Příloha 2. Návratnost dotazníků služby sociální péče

Tab. 1

Druhy služeb	Forma	Cílová skupina	Počet dle registrace	Podíl na celkovém počtu v %	Počet oslovených	Navraceno	Náv. v %
denní stacionáře	ambulantní	Senioři/ osoby se zdravotním postižením	268	10,17	102	21	20,6
domovy pro seniory	pobytová	senioři	533	20,24	202	51	25,2
osobní asistence	terénní	senioři/ osoby se zdravotním postižením	221	8,39	84	14	16,7
podpora samostatného bydlení	terénní	Osoby se zdravotním postižením	56	2,126	21	5	23,8
centra denních služeb	ambulantní	senioři/ osoby se zdravotním postižením	84	3,189	32	7	21,9
domovy pro osoby se zdravotním postižením	pobytové	osoby se zdravotním postižením	203	7,707	77	28	36,4
domovy se zvláštním režimem	pobytové	senioři	344	13,06	131	29	22,1
chráněné bydlení	pobytové	osoby se zdravotním postižením	211	8,011	80	12	15,0
pečovatelská služba	terénní nebo ambulantní	senioři/ osoby se zdravotním postiženími	714	27,11	271	50	18,5
Celkem			2634	100 %	1000	217	21,7



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Příloha 3. Položky dotazníku pro služby sociální péče

Tab. 1

Doména	číslo	Položky (zkráceně)	AN	
Sociální péče	D1-1	1	Identifikace klientových potřeb a způsob zajištění péče odpovídající potřebám klienta s jasně stanovenými cíli a prostředky	Identifying client needs and ensuring clear care steps
	D1-2	2	Existence konceptu péče podle potřeb cílové skupiny vykonávaný vyškoleným personálem v akreditovaných programech. Např. bazální stimulace, validace a reminiscence, psychobiografie, trénink paměti, kinestetická stimulace, smyslová aktivizace, apod.	Concept and accredited care programs with trained staff
	D1-3	3	Nabídka pravidelných zájmových, vzdělávacích, kulturních, duchovních aktivit	Regular hobby, educational, cultural, spiritual activities
	D1-4	4	Asistence pro umožnění společenských aktivit klientů mimo objekt služby	Assistance for outside client's activities
	D1-5	5	Systematická sociální práce, case management, případové konference, hájení zájmu klienta	Systematic social work, case management, defending the client's interest
	D1-6	6	Senzorická, fyzická, kognitivní stimulace a aktivizace	Sensory, physical, cognitive stimulation and activation
	D1-7	7	Asistence při využívání veřejných služeb a institucí	Assistance in the use of public services and institutions
	D1-8	8	Podpora kontaktů s rodinou a blízkými lidmi	Supporting contacts with family and close people
	D1-9	9	Pomoc s asistivními technologiemi a kompenzačními pomůckami	Assistance with assistive technologies and compensatory aids
	D1-10	10	Rychlé a účinné přizpůsobení péče změnám klientova stavu	Quick and effective adjustment of care when the client's condition changes
	D1-11	11	Schopnost účinně a eticky vhodně řešit projevy klientů spojených s projevy demence	Effective and ethically appropriate solution to the problems associated with dementia
Subjekt	D2-1	12	Klient vnímá atmosféru služby jako pozitivní	The client experiences the atmosphere of the service as positive



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

	D2-2	13	Klient vnímá chování personálu jako přátelské	The client perceives the behavior of the staff as friendly
	D2-3	14	Klient zažívá podporující a trpělivé chování personálu	The client experiences supportive and patient behavior of staff
	D2-4	15	Klient zažívá pocit vlastní kontroly nad denními aktivitami	The client experiences a sense of self-control over daily activities
	D2-5	16	Klient zažívá respektující chování personálu, který je seznámen s jeho historii	The client experiences respectful behavior of the personal, who is familiar with his history
	D2-6	17	Klient zažívá pocit, že jeho soukromí je respektováno	The client experiences the feeling that his privacy is respected
	D2-7	18	Klient zažívá ve službě pocit bezpečí	The client experiences a sense of security in the service
	D2-8	19	Klient zažívá pocit důvěry personálu	The client experiences a sense of trust
	D2-9	20	Klient zažívá pocit emoční podpory ze strany personálu	The client experiences a feeling of emotional support from the staff
	Zdrav. Péče	D3-1	21	Zdravotní stav klienta je pečlivě sledován a vyhodnocován
D3-2		22	Služba je schopna poskytnout paliativní péči	The service is able to provide palliative care
D3-3		23	Služba má dostatek kvalifikovaných sester	The service has enough qualified nurses for day-long care
D3-4		24	Je dostupná specializovaná lékařská péče	Je dostupná specializovaná lékařská péče
D3-5		25	Je dostupná fyzioterapie	Physiotherapy is provided when needed
D3-6		26	Stravování je řízeno nutričním odborníkem	Meals are controlled nutrition expert
Organizace	D4-1	27	Existují jasné pracovní postupy a kompetence personálu	There are clear working procedures and staff competencies
	D4-2	28	Organizace má účinný systém řízení rizik	The organization has an effective risk management system
	D4-3	29	Rychlé rozpoznání a řešení kritických a mimořádných událostí	Quick recognition and resolution of critical and emergency events
	D4-4	30	Efektivní personální řízení	Effective personnel management
	D4-5	31	Efektivní systém řízení kvality	An effective quality management system
	D4-6	32	Dobrá organizační kultura, týmová spolupráce	Good organizational culture, teamwork
Kv prostředí	D5-1	33	Vhodné a dobře vybavené prostory pro aktivity	Suitable and well-equipped areas for activities
	D5-2	34	Příjemné prostředí v okolí	Pleasant environment in the area



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Kontext	D5-3	35	Pohodlné ubytování poskytující dostatek soukromí	Comfortable accommodation offers privacy
	D5-4	36	Kvalitní služby prádelny a stravování	Quality laundry and catering services
	D6-1	37	Služba je přiměřeně ekonomicky saturována	The service is reasonably economically saturated
	D6-2	38	Transparentní a předvídatelná pravidla veřejné regulace	Transparent and predictable rules of public regulation
	D6-3	39	Veřejná správa požaduje jen nezbytné informace	The public administration requires only the necessary information
	D6-4	40	Služba je stabilní a má dobrou perspektivu	The service is stable and has good prospects
	D6-5	41	Pravidla regulace veřejnou správou umožňují službě samostatné rozhodování	The rules of regulation by the public administration allow the service professional independence
Etika	D7-1	42	Respekt k právům klientů	Respect for clients' rights
	D7-2	43	Hledání řešení a rozhodování společně s klientem	Finding solutions and making decisions together with the client
	D7-3	44	Plánování služby ve spolupráci s klientem	Service planning in cooperation with the client
	D7-4	45	Účinné řešení situací hrozící násilím nebo zneužíváním	Effective resolution of situations threatened by violence or abuse
	D7-5	46	Otevřené a srozumitelné informování a komunikace s klientem	Open and understandable information and communication with the client
	D7-6	47	Pravidelné šetření spokojenosti klientů a jejich rodin	Regular survey of the satisfaction of clients and their families
	D7-7	48	Standardizovaný postup řešení etických problémů	Standardized procedure for solving ethical problems
	D7-8	49	Stížnosti jsou řešeny férově a slouží k rozpoznání a řešení problému	Complaints are handled fairly and are used to identify and resolve problems
	D7-9	50	Služba je součástí místní komunity a zapojuje se do jejích aktivit	The service is part of the local community and participates in its activities
	D7-10	51	Služba spolupracuje s rodinnou a blízkými osobami	The service works with family and close persons



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Příloha 4. Položky dotazníku pro služby sociální prevence

Tab. 1

	Doména	Číslo	Položka
Sociální péče	D-1-1	1	Identifikace klientových potřeb a způsob zajištění péče s jasně stanovenými cíli a prostředky odpovídající potřebám klienta
	D-1-2	2	Pomoc podporující samostatnost klienta a jeho odpovědnost v řešení zjištěných potřeb / např. stabilizace financí, řešení dluhů, péče o domácnost, výchova dětí, partnerské vztahy, kompenzace hendikepů, zprostředkování bydlení, pracovní uplatnění, atd./
	D-1-3	3	Sociálně terapeutické činnosti podle osvědčených modelů, vykonávané vyškoleným personálem (např. kognitivně behaviorální model, přístup orientovaný na úkoly rogersovský přístup atd., či jiné modely včetně jejich kombinací)]
	D-1-4	4	Podpora zájmových, vzdělávacích a kulturních a duchovních aktivit klientů podle potřeb a zájmů klientů]
	D-1-5	5	Systematická případová sociální práce s klienty, kvalifikovaní sociální pracovníci pomáhají klientům řešit jejich situace a hájit jejich zájmy při jednání s institucemi, soudy, apod.]
	D-1-6	6	Podpora kontaktů klienta s komunitou a s prostředím mimo službu na základě jeho potřeb a přání
	D-1-7	7	Návaznost na další sociální služby, služba zprostředkovává využívání dalších služeb podle potřeb klientů (dluhová poradna, potravinová banka, zprostředkování práce, apod.)
	D-1-8	8	Podpora v oblasti užívání kompenzačních pomůcek a asistivních technologií, služba monitoruje klientovu potřebu pomůcek a podporuje klienta při jejich získávání a používání
Subjektivní kvalita života	D-2-1	9	Klienti vnímají zájem a ochotu personálu, věří, že jim služba může pomoci řešit jejich situaci
	D-2-2	10	Klienti vnímají, že je personál bere bez předsudků takové, jací jsou, bere jejich záležitosti vážně
	D-2-3	11	Klienti se cítí ve službě bezpečně, vědí, že nebudou vystavováni ponižování a diskriminaci, budou chráněni proti psychickému a fyzickému násilí a zneužívání
	D-2-4	12	Klienti vědí, že při zvládnání náročných životních situací mohou dostat emocionální podporu ze strany personálu



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Zdravotní Péče	D-3-1	13	Pomoc při řešení zdravotních problémů klientů, včetně záležitostí zdravotního pojištění, registrace u lékaře, vyšetření a ošetření
	D-3-2	14	Pomoc při zajištění další odborné lékařské péče, např. psychiatrie, neurologie, onkologie, venerologie, adiktologie apod.
Organizace	D-4-1	15	Existují jasné pracovní postupy a kompetence personálu
	D-4-2	16	Organizace má účinný systém řízení rizik
	D-4-3	17	Rychlé rozpoznání a řešení kritických a mimořádných událostí
	D-4-4	18	Efektivní personální řízení
	D-4-5	19	Efektivní systém řízení kvality
	D-4-6	20	Dobrá organizační kultura, týmová spolupráce
Kvalita prostředí	D-5-1	21	Vhodné a dobře vybavené prostory pro aktivity
	D-5-2	22	Vybavení ubytovacích prostor účelně, esteticky, v souladu s hygienickými normami, poskytující přiměřené soukromí, v případě ubytování rodin, aby splňovaly základní podmínky pro rodinný život. Terénní služby tuto otázku nehodnotí
Kontext	D-6-1	23	Služba je přiměřeně ekonomicky saturována
	D-6-2	24	Transparentní a předvídatelná pravidla veřejné regulace
	D-6-3	25	Veřejná správa požaduje jen nezbytné informace
	D-6-4	26	Služba je stabilní a má dobrou perspektivu
	D-6-5	27	Pravidla regulace veřejnou správou umožňují službě samostatné rozhodování
Etika	D-7-1	28	Respekt k právům klientů
	D-7-2	29	Hledání řešení a rozhodování společně s klientem
	D-7-3	30	Plánování služby ve spolupráci s klientem
	D-7-4	31	Účinné řešení situací hrozící násilím nebo zneužíváním
	D-7-5	32	Otevřené a srozumitelné informování a komunikace s klientem
	D-7-6	33	Standardizovaný postup řešení etických problémů
	D-7-7	34	Stížnosti jsou řešeny férově a slouží k rozpoznání a řešení problému
	D-7-8	35	Společenská odpovědnost služby, plnění funkcí ochrany místního společenství



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Příloha 5. Vnitřní konzistence a faktorová analýza dotazníku

Vnitřní konzistence – Cronbachovo alfa

Uvedený indikátor vnitřní konzistence byl stanoven pro všechny sledované dimenze dotazníku a skupiny respondentů. Je členěno rovněž dle toho, zda je o prevenci či péči.

Tab. 1 Poskytovatelé – péče (217 respondentů)

Doména	Počet položek	Cronbachovo alfa
D1 – Sociální oblast	11	0,93
D2 – Subjektivní kvalita života	9	0,89
D3 – Zdravotní péče	6	0,88
D4 – Organizace	6	0,93
D5 – Kvalita prostředí	4	0,85
D6 – Kontext	5	0,86
D7 – Etika	10	0,92
Celkem	51	0,97

Tab. 2 Poskytovatelé – prevence (290 respondentů)

Doména	Počet položek	Cronbachovo alfa
D1 – Sociální oblast	8	0,78
D2 – Subjektivní kvalita života	4	0,91
D3 – Zdravotní péče	2	0,91
D4 – Organizace	6	0,85
D5 – Kvalita prostředí	2	0,67
D6 – Kontext	5	0,86
D7 – Etika	8	0,87
Celkem	35	0,94



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Tab. 3 Veřejná správa – péče (249 respondentů)

Doména	Počet položek	Cronbachovo alfa
D1 – Sociální oblast	11	0,88
D2 – Subjektivní kvalita života	9	0,93
D3 – Zdravotní péče	6	0,91
D4 – Organizace	6	0,92
D5 – Kvalita prostředí	4	0,82
D6 – Kontext	5	0,87
D7 – Etika	10	0,95
Celkem	51	0,97

Tab. 4 Veřejná správa – prevence (172 respondentů)

Doména	Počet položek	Cronbachovo alfa
D1 – Sociální oblast	8	0,90
D2 – Subjektivní kvalita života	4	0,90
D3 – Zdravotní péče	2	0,97
D4 – Organizace	6	0,91
D5 – Kvalita prostředí	2	0,91
D6 – Kontext	5	0,87
D7 – Etika	8	0,92
Celkem	35	0,97

Tab. 5 Klienti – prevence (55 respondentů)

Doména	Počet položek	Cronbachovo alfa
D1 – Sociální oblast	8	0,30
D2 – Subjektivní kvalita života	4	0,49
D3 – Zdravotní péče	2	0,37
D4 – Kvalita prostředí	2	0,83
D5 – Etika	8	0,56
Celkem	24	0,73



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Klienti – péče (standard a ETR souhrnně, 205 respondentů)

Doména	Počet položek	Cronbachovo alfa
D1 – Sociální oblast	11	0,82
D2 – Subjektivní kvalita života	9	0,72
D3 – Zdravotní péče	6	0,71
D4 – Kvalita prostředí	4	0,42
D5 – Etika	11	0,82
Celkem	41	0,91

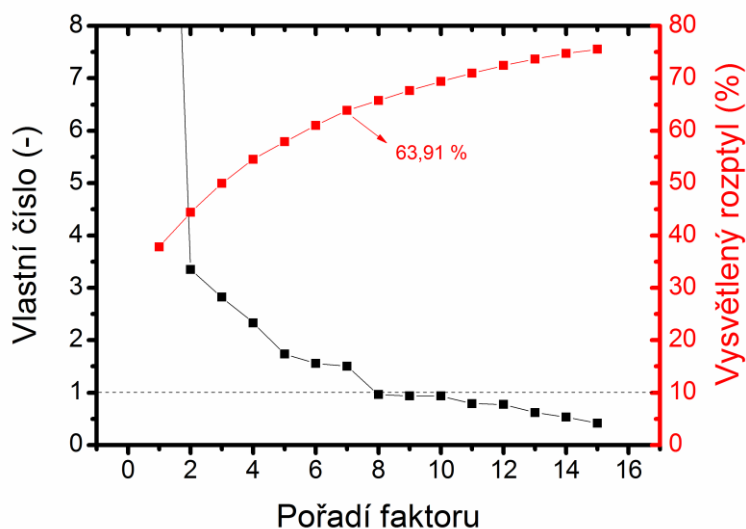
Z uvedených dat je patrné, že vnitřní konzistence všech domén je u poskytovatelů veřejné správy na velmi dobré až výborné úrovni, u klientů (především pak v případě prevence) jsou výsledky znatelně slabší.



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb
CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Faktorová analýza

Pro získání dalších důkazů o konstrukční validitě užitého nástroje byla provedena explorativní faktorová analýza pro skupiny poskytovatelů a veřejné správy. Byla užitá metoda hlavních faktorů, počet faktorů nebyl předem omezen, rotace byla provedena metodou Varimax pro faktory splňující Kaiserovo kritérium (vlastní číslo větší než 1). Pro ilustraci uvedeme výsledky v množině poskytovatelů péče.



Ze sutinového grafu (screen plot) je patrné, že je vhodné pracovat se sedmi faktory, což odpovídá prvotnímu předpokladu o počtu domén. z vypočtených faktorových zátěží je pak patrné, že u šesti z sedmi domén definované faktory odpovídajícími položkami přesně odpovídají, pouze u jedné domény (Sociální oblast) dochází k tomu, že některé položky zařazené v dotazníku do této domény jsou výpočtem přiřazeny k jinému faktorů.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Tab. 6



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

	F1 - Etika	F2 – Zdravotní péče	F3 - Kontext	F4 – Sub. Kvalita života	F5 – Sociální oblast	F6 – Kvalita prostředí	F7 – Organizace
Var1	0,331	-0,187	0,043	0,318	0,314	0,111	0,473
Var2	0,124	0,442	-0,045	0,137	0,570	-0,051	0,367
Var3	0,119	0,400	-0,055	0,032	0,635	0,138	0,081
Var4	0,157	0,074	0,105	0,368	0,598	0,097	-0,063
Var5	0,185	0,148	0,172	0,114	0,528	0,123	0,183
Var6	0,075	0,371	0,167	0,094	0,596	0,049	0,171
Var7	0,194	-0,138	0,079	0,347	0,638	0,323	0,097
Var8	0,273	0,119	-0,033	0,466	0,159	0,369	0,261
Var9	0,303	0,069	0,066	0,375	0,274	0,360	0,303
Var10	0,170	0,004	0,272	0,553	0,247	0,147	0,215
Var11	0,225	0,156	0,152	0,247	0,401	0,292	0,350
Var12	0,147	0,188	0,140	0,675	0,163	0,067	0,045
Var13	0,060	0,398	0,115	0,692	-0,034	0,058	0,072
Var14	0,170	0,239	0,094	0,646	0,305	0,011	0,087
Var15	0,315	0,064	0,125	0,573	0,106	0,186	0,112
Var16	0,313	0,219	0,185	0,699	0,157	0,027	0,005
Var17	0,185	0,047	0,214	0,763	0,185	0,095	0,316
Var18	0,190	0,310	0,252	0,412	0,144	0,398	0,227
Var19	0,197	0,309	0,118	0,530	0,155	0,283	0,293
Var20	0,225	0,245	0,117	0,570	-0,053	0,332	0,122
Var21	-0,080	0,568	0,022	0,247	0,202	0,267	0,495
Var22	0,075	0,556	0,086	0,322	0,305	0,166	0,231
Var23	-0,030	0,670	0,195	0,098	0,218	0,173	0,236
Var24	0,161	0,676	0,024	0,195	0,014	0,206	0,016
Var25	0,259	0,742	0,065	0,143	0,123	0,057	0,047
Var26	0,093	0,703	-0,065	0,139	0,132	0,141	0,185
Var27	0,192	0,233	0,088	0,144	0,064	0,197	0,815
Var28	0,361	0,257	0,238	0,056	0,185	0,175	0,652
Var29	0,382	0,222	0,196	0,252	0,154	0,217	0,629
Var30	0,307	0,289	0,136	0,175	0,107	0,180	0,650
Var31	0,380	0,292	0,219	0,152	0,262	-0,015	0,496
Var32	0,219	0,395	0,202	0,191	0,131	0,354	0,421
Var33	0,207	0,302	0,082	0,039	0,133	0,639	0,202
Var34	0,322	0,319	0,070	0,022	0,108	0,691	-0,006
Var35	0,091	0,090	0,027	0,252	0,243	0,647	0,320
Var36	0,210	0,129	0,039	0,274	0,065	0,680	0,103
Var37	0,102	0,176	0,559	0,352	-0,031	-0,061	0,339
Var38	0,071	0,138	0,849	0,203	0,049	-0,037	0,137
Var39	-0,018	-0,017	0,863	-0,003	0,163	0,018	-0,010
Var40	0,149	0,001	0,636	0,314	0,056	0,173	0,132



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Var41	0,152	0,025	0,744	0,119	0,060	0,129	0,095
Var42	0,503	-0,052	0,157	0,357	0,026	0,050	0,435
Var43	0,628	-0,078	-0,006	0,491	0,193	0,191	0,246
Var44	0,652	-0,092	-0,006	0,478	0,152	0,188	0,205
Var45	0,625	0,055	0,118	0,256	0,211	0,133	0,271
Var46	0,551	-0,002	0,049	0,417	0,174	0,230	0,243
Var47	0,818	0,130	0,120	0,209	0,047	0,223	0,060
Var48	0,720	0,269	0,224	0,081	0,121	0,122	0,211
Var49	0,720	0,162	0,179	0,016	0,073	0,127	0,318
Var50	0,674	0,180	0,014	0,139	0,103	0,067	0,060
Var51	0,604	0,154	-0,071	0,331	0,140	0,192	0,053



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Příloha 6. Odchyly položek od průměru

U každé z položek testována užitím jednovýběrového t-testu nulová hypotéza, že její střední hodnota se neliší od souhrnného průměru za všechny položky v rámci dané skupiny.

Způsob hodnocení odchylek

0 – položka se významně neliší od průměru

+ položka má vyšší hodnotu než průměr v dané skupině s $0,001 < p < 0,05$,

++ položka má vyšší hodnotu než průměr s $p < 0,001$,

+++ položka má vyšší hodnotu než průměr s $p < 10^{-15}$

- položka má nižší hodnotu než průměr s $0,001 < p < 0,05$,

-- položka má nižší hodnotu než průměr s $p < 0,001$,

--- položka má nižší hodnotu než průměr s $p < 10^{-15}$,



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Přehled odchylek

Tab. 1 Péče – veřejná správa a poskytovatelé



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

	VS - péče	Poskytovatelé - péče
D1-1	+++	++
D1-2	-	--
D1-3	---	--
D1-4	--	--
D1-5	0	--
D1-6	-	0
D1-7	--	--
D1-8	+++	+++
D1-9	0	0
D1-10	+++	++
D1-11	++	++
D2-1	0	++
D2-2	++	++
D2-3	++	++
D2-4	--	-
D2-5	++	++
D2-6	++	+++
D2-7	++	++
D2-8	++	+++
D2-9	++	++
D3-1	0	0
D3-2	+++	0
D3-3	++	-
D3-4	0	--
D3-5	--	--
D3-6	--	---
D4-1	+	+++
D4-2	--	-
D4-3	0	0
D4-4	0	0
D4-5	--	-
D4-6	-	+
D5-1	0	0
D5-2	--	--
D5-3	++	0



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

D5-4	-	-
D6-1	++	++
D6-2	0	--
D6-3	--	-
D6-4	0	+
D6-5	--	--
D7-1	+	++
D7-2	+	++
D7-3	++	++
D7-4	++	++
D7-5	++	++
D7-6	--	0
D7-7	--	--
D7-8	--	0
D7-9	--	--
D7-10	0	++

Tab. 2 Prevence – poskytovatelé a veřejná správa

	VS - prevence	Poskytovatelé - prevence
D1-1	++	+++
D1-2	+++	+++
D1-3	--	---
D1-4	--	---
D1-5	+	+
D1-6	--	---
D1-7	++	++
D1-8	0	---
D2-1	++	+++
D2-2	++	+++
D2-3	+++	+++
D2-4	0	++
D3-1	0	--
D3-2	0	--
D4-1	+	++



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

D4-2	--	-
D4-3	0	0
D4-4	0	0
D4-5	--	-
D4-6	0	++
D5-1	0	-
D5-2	0	--
D6-1	++	++
D6-2	0	0
D6-3	--	0
D6-4	0	++
D6-5	--	0
D7-1	++	++
D7-2	+	++
D7-3	++	+++
D7-4	++	0
D7-5	+	+++
D7-6	--	0
D7-7	--	0
D7-8	--	--

Tab. 3 Péče-klienti

	Péče standard	Péče ETR
D1-1	0	0
D1-2	++	0
D1-3	0	0
D1-4	--	-
D1-5	0	0
D1-6	--	-
D1-7	--	--
D1-8	0	0
D1-9	0	--
D1-10	++	+
D1-11	+++	++



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

D2-1	+++	+++
D2-2	+++	+++
D2-3	0	0
D2-4	0	0
D2-5	+	++
D2-6	++	++
D2-7	+++	+++
D2-8	+++	+++
D2-9	0	0
D3-1	+	++
D3-2	++	++
D3-3	0	0
D3-4	--	-
D3-5	--	--
D3-6	---	---
D5-1	0	++
D5-2	0	0
D5-3	+	-
D5-4	0	0
D7-1	++	0
D7-2	0	+
D7-3	0	++
D7-4	++	++
D7-5	0	++
D7-6	0	0
D7-7	0	0
D7-8	-	0
D7-9	--	-
D7-10	--	-

Tab. 4 Prevence-klienti

	Klienti - prevence
D1-1	++
D1-2	++



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



RPO
PODPORA KVALITY
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

D1-3	+++
D1-4	---
D1-5	0
D1-6	---
D1-7	0
D1-8	---
D2-1	++
D2-2	+
D2-3	+++
D2-4	0
D3-1	--
D3-2	0
D5-1	++
D5-2	++
D7-1	+++
D7-2	+++
D7-3	++
D7-4	+++
D7-5	+++
D7-6	0
D7-7	+
D7-8	--



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Příloha 7. Postup analýzy

Postup analýzy

1. Opakované čtení, počáteční poznámky, vytváření témat – otevřené kódování
2. Hledání souvislostí, kategorizace a zakotvení, - selektivní kódování,
3. Frekvence výskytu
4. Výsledky

I. Témata, otevřené a selektivní kódování

	<p>PŘEPIS ROZHOVORŮ z KONZULTAČNÍHO SETKÁNÍ II</p> <p>Datum konání: 3. 11. 2021 Místo konání: Hotel Green Garden, Praha 2 Čas: 13.30 - 15.30 Celkový počet účastníků cílových skupin: 6 osoby s mentálním postižením, 6 senioři)</p>	POČÁTEČNÍ TÉMATA
--	---	------------------



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

	<p>Transkripce: Dorota Šišková</p> <hr/> <p>CÍLOVÁ SKUPINA – SENIOŘI + jeden pracovník služby Mgr. Lucie Rybyšarová (vedoucí Centra aktivního stáří)</p> <hr/> <p>První krok: uvítání, představení účastníků, po řadě: Julie Flutková, Jitka Prokopová, Lucie Rybyšarová (zdůrazňuje důraz kladený v současnosti na pobytové služby ve srovnání s terénními službami), Renata Brožová, Irena Hušínová, Julie Městková (vyzdvihuje důležitost odlehčovacích služeb), Zdena Mičulková.</p> <p style="text-align: center;"><i>Kvalita obecně</i></p> <p>Moderátor: Naše první otázka k vám by byla, jak si představujete dobrou a kvalitní profesionální službu a pomoc?</p> <p>Irena: Já si myslím, že nejdůležitější je dostupnost, abych věděla, kam se mám obrátit, aby mně bylo vysvětleno, co mě může tam čekat a organizace poskytnout, jaké jsou finanční náklady a odbornost. Aby zaručovala odbornost.</p> <p>Zdena: Já vím, že, pokud budu schopna se o sebe postarat, tak se postarám. ale pokud to nebude možný, tak absolutně nechci být závislá na rodině. Protože 24 hodin se o mě</p>	<p>Informace o kvalitě pro volbu</p> <p>Odbornost</p> <p>Řešení závislosti</p>
--	---	--

Regulace

Vstup – kvalita personálu

Výsledek - přechodný



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

<p>Výsledek interakce</p>	<p>není schopen nikdo starat při zaměstnání. Takže já už mám domluvený domov důchodců, byla jsem se tam podívat, vím, jak to tam vypadá, prošla jsem si to tam. s těmi lidmi, kteří tam dneska jsou, jsem se i bavila. Prostě přistupuju k tomu tak, že mi tam bude dobře.</p>	<p>Subjektivně- pozitivní atmosféra ve službě</p>
<p>Výsledek-materiální podmínky</p>	<p>Moderátor: Já věřím tomu, že když jste tam byla, že jste si udělala nějaký obrázek. Zkuste nám to popsat, co jste viděla, co jste považovala za dobré znamení.</p>	<p>Pořádek Možnost aktivního života</p>
<p>Výsledek- osobní rozvoj</p>	<p>Indikátory kvality Zdena: Tak když jsem tam byla, bylo tam čisto, pan ředitel nás přivítal, ale řekl, že s námi po baráku nepůjde. Běžte si sami, abyste slyšeli a viděli, jak ti lidé tady opravdu žijou. Prostě viděla jsem, že se tam ten život žije, že tam nebudu odložená jak pytel brambor.</p>	<p>Dobrá komunikace jako dovednost personálu Souznění jako vzájemné porozumění.</p>
<p>Vstup kompetence personálu</p>	<p>Moderátor: Rozumím. Já jsem, myslím, zahlédl paní Julii, že chtěla něco říct.</p>	<p>Pozornost, zájem personálu</p>
<p>Výsledek interakce</p>	<p>Julie Městková: Já bych řekla, že je hrozně důležitý pro sociální službu dobrá komunikace. Jestliže přijde někdo, kdo dokáže navázat, i v tom je potřeba ty pracovníky v soc. Službách vychovávat, takže pro mě je dobrá soc. Služba, kdo umí se mnou komunikovat a kdo se mnou naváže kontakt tak, abychom souzněli nebo jak bych to řekla. a koho neobtěžují.</p>	<p>Předpoklady pro rekrutaci personálu –osobnostní nastavení komunikovat</p>
<p>Výsledek interakce</p>	<p>Moderátor: To je velice zajímavý. Co tím myslíte, neobtěžuje?</p>	<p>Předpoklady pro rekrutaci personálu –osobnostní nastavení komunikovat</p>
<p>Vstup kvalita personálu</p>	<p>Moderátor: To je velice zajímavý. Co tím myslíte, neobtěžuje?</p>	<p>Předpoklady pro rekrutaci personálu –osobnostní nastavení komunikovat</p>



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

<p>Výsledek přechodný výsledek Výsledek interakce</p> <p>Vstup org. nastavení</p> <p>Vstup org. nastavení</p>	<p>Julie M.: No že mu to nedělá problém ke mně přijít. a neodbyde mě. Takže to myslím, že je hrozně důležitý. Já, když jsem byla vedoucí sociální služeb, tak jsem třeba ráda přijímala prodavačky a kadeřnice, protože ty už z učňovského věku byly zvyklé komunikovat s širokou veřejností. a když šly dělat práci pečovatelky, tak byly vděčné, že neměly službu od nevidím do nevidím a velice dobře uměly navazovat kontakty s klienty a nedělalo jim to problém. Neobtěžovalo je to. Chodily ke klientům rády.</p> <p>Julie F.: Já jsem taky měla teď tři roky nemocného manžela a mám dobrou zkušenost s denním stacionářem, protože už toho taky na mě bylo moc a chtěla jsem, aby taky přišel mezi lidi, protože ten ošetřující člověk nemá v sobě už tu vlídnost nebo trpělivost. Já jsem chtěla, aby na něj byl někdo hodný. Tak jsem ho převedla do Braníka, tam se mi věnovala paní vedoucí, sepisovala se mnou ty smlouvy a jemu se věnovala zase ta sociální pracovnice v denním stacionáři, kde je to hrozně jako krásný. Dali mu tam kafičko, byl tam jenom na seznámení. a taky úžasně vstřícní, a to jsem taky ocenila, že tak se snažili podchytit, co by toho člověka zajímalo. Protože manžel třeba byl léta v rozhlase redaktor, tak se ho na to vyptávali. a zdálo se mi, že by se mu tam mohlo líbit. To bylo v pátek a on mi v neděli umřel. Takže bohužel jsme ten kontakt pak už neměli, i to jak jsem tam párkrát za nimi byla, byli úžasní. a to bych podporovala. a taky aby bylo více organizací, jako je život 90, protože nevím, jestli něco takového ještě existuje. To by mohlo být, žejo.</p> <p>Julie M.: Já jenom jestli k tomu můžu říct, tak největší problém u denního stacionáře je doprava. Protože Praha 4 má veliký vozový park, takže ti řidiči byli zvyklí ty klienty</p>	<p>Možnost pobytové sl. - služba jako řešení zátěže blízké osoby</p> <p>Vlídnost, laskavost jako atributy vztahu personálu</p> <p>Vstřícnost jako atribut vztahu personálu</p> <p>Fyzická dostupnost soc. služby (ambulantní služba péče)</p>
---	--	---



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

<p>Dostupnost – jde však o zdravotnické služby</p>	<p>do denního stacionáře vozit a ve tři hodiny je vozili domu. Ne každá Praha je tohle schopna zajistit. a to si myslím, že doprava pro seniory je taky velká a potřebná služba. Děkuji vám, že jste to připomněla.</p> <p>Julie F.: No a já jsem ho ještě vozila sama, ale bylo to pro mě náročný. Takže kdyby se tam býval dostal, bylo by to pro mě náročný. Parkování. Teď to tam je rozkopaný a já bych tam nikde nezaparkovala. To je fakt.</p> <p>Moderátor: Čili je to v tomto případě jakási fyzická dostupnost služby.</p> <p>Renata: Já bych chtěla navázat tady na paní. Ta doprava je opravdu důležitá. Protože já mám problém, jak mám dostat matku k lékaři. A tam ve Strašnicích byl taxík pro důchodce, kdy já jsem dva tři dny dopředu, když jsem věděla, že mám nějaké vyšetření, zavolala toho taxíka. Byl o něco levnější, ale prostě věděla, že přijede. Ale tam na Praze 10 šetří, takže ho zrušili. Takže mě to bylo líto, že se to zrušilo.</p> <p>Julie F.: Potom jsem se musela pochlapit, když jsem musela manžela vozit spoustu dní loni na podzim na ozařování. To jsem si myslela, že už jezdit nebudu, protože jsme od synovce dostali takový velký auto, že s tím nikde nezaparkuju, ale musela jsem to zvládnout.</p> <p>Renata: Když ona před dvěma lety prošla operací na tlusté střevo, takže já jsem ji musela vozit k lékaři na převazy a tak dále, tak já jsem zaplatila za taxíky 6 tisíc. To je</p>	<p>Fyzická dostupnost služby nemožnost zaparkování</p> <p>Fyzická dostupnost zdravotní služby</p> <p>Fyzická dostupnost zdravotní služby</p> <p>Fyzická dostupnost zdravotní služby</p>
--	---	---



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

<p>Výsledek interakce</p> <p>Vstup finance</p> <p>Procesy-nastavení</p> <p>Výsledek sociální vztahy</p> <p>Výsledek osobní rozvoj</p> <p>Vstup kvalita personálu</p> <p>Výsledek interakce</p>	<p>polovina jejího důchodu. Ta doprava, jak říkám, je pro ty seniory fakt důležitá. že oni těmi dopravními prostředky už kolikrát nedojedou.</p> <p>Moderátor: Ano, to je určitě důležité ta dostupnost služby. Vraťme se teď k tomu, jak by to v té dobré službě mělo vypadat?</p> <p>Irena: Já bych se ještě vrátila k těm ústavům. Ono totiž z pohledu, když bych se tam šla někam představit, řada ústavů bude vypadat ideálně. Já jsem měla možnost šest let dělat psychoterapeuta a dělat trénování paměti ve třech pražských ústavech. a dokonce vím, že v jednom z nich bych dokonce do budoucna ráda chtěla být. Ten prvotní náhled se vůbec neslučuje s tím, jak to pak vypadá. Já tím, že jsem tam byla a měla jsem velmi dobrý kontakt s personálem, a i s těmi klienty, protože my si musíme uvědomit, že řada z nich je hluchých, řada z nich až s mentální demencí a oni velmi citlivě vnímají chování i neverbální toho personálu. v ústavech je problém finanční. Protože sestry odchází. V době koronaviru jich mnoho odešlo, protože to jednak nemohli unést, že ty klienti umírají ne jenom na ten koronavirus, ale spíš na tu samotu. Protože s rodinnými příslušníky nemohli přijít do kontaktu a ergoterapeutické a jiné služby, které byly dřív promítání, keramika, zpívání, to trénování paměti, to teď neměli. a personál kvalitní nebyl, takže ředitelka brala toho, kdo vůbec chtěl. a já jsem pak tam řešila situace, kdy mi klienti plakali, že tam je prostě klient, za kterým přijde pečovatelka, která nemá sociální citění. Protože tam přišla, aby měla zaměstnání. a oni mi říkali, že sice moc nerozumí, ale že vnímají, jak ona se na ně podívá a vztekle s nimi šoupane. Tohle je největší problém. Protože s nimi jednájí a není tam žádná úcta k člověku. a čím je ten</p>	<p>Zdání může klamat</p> <p>Senzitivita klientů k chování personálu</p> <p>Financování, platy</p> <p>Práce s emoční zátěží personálu</p> <p>Důležitost kontaktu rodinou. Možnost aktivního života</p> <p>Důležitost výběru personálu. Zraňující vliv špatného zacházení. Závislost a zranitelnost klientů.</p>
--	---	--



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

<p>Vstup <i>finance</i></p>	<p>člověk nemocnější a zdá se, že je úplně mentálně mimo, tak on tyto neverbální signály strašně vnímá: a ponižuje ho to. Já jsem to tam pak i řešila, protože za mnou přišly sestry a ptaly se, co my máme dělat s tou kolegyní. a mně ani nemusely říct, o který dvě se jedná. Teď jak to řešit. Všude se mluví o penězích. ale tady v těch sociálních službách, kde ty lidi jsou odkázáni, tak tam by se to mělo nějak udělat. Protože my, když jim nezaplatíme, tak kvalitní personál tam nedostaneme.</p>	<p>Vliv financování na výběr personálu.</p>
<p>Proces <i>nastavení</i></p>	<p>Moderátor: To je zajímavá zkušenost. Je otázka, jestli to, že je nedostatek financí zaplatit kvalitní personál je skutečně omluva proto, jak to v některých zařízení vypadá. ale máte pravdu, že je to nesmírně důležitá známka kvality, to, o čem jste mluvila.</p>	
<p>Výstup <i>inkluze</i></p>		
<p>Vstup <i>kvalita person.</i></p>	<p>Jitka: Já bych chtěla říct zase zkušenost o ošetřování matky. Každý týden za ní chodila sestřička z modřanské polikliniky z domácí péče. a kontrolovala jí tlak a prostě celý její zdravotní stav ona komunikuje tomu jejímu odbornému lékaři, jak na tom ta paní je. Takže to naši matku dost drželo při dobré náladě, protože to bylo psychické, že se na ní těšila, že za ní přijde. Protože ti její známí, kteří byli v jejím věku, tak umírali a skoro nikoho už neměla. U manžela taky teda chodila sestřička každý týden. a strašně taky záleželo, jak k němu byla ta sestřička vstřícná. a jak s ním si dokázala popovídat. a to teda musím ocenit a říkám, že takoví lidé by tam měli být, co umí lidi potěšit a a zajímat se o ně. ale nejhorší bylo, že kdybych naši matku chtěla dávat do stacionáře, tak ona by nešla. Ona byla ten typ, který bude doma a nikam nechce. a s tím jsme měli problémy, že jsme chtěli alespoň na tu dovolenou.</p>	<p>Pravidelnost procedury jako projevení zájmu a součást komunikace</p> <p>Vliv kontaktu</p>
<p>Výstup <i>interakce</i></p>		<p>Kompetence personálu Chování: vstřícnost, ochota komunikovat, pozitivní</p>
<p>Přechodné <i>výsledky</i></p>		<p>emocionalita, zájem o klienta</p>



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

<p>Přechodné výsledky</p>	<p>L. Rybyšarová: Já na to asi teď musím reagovat, i když nejsem senior cílová skupina, ale ono, jak vy to zmiňujete tu kvalitu sociálních služeb a jejich dostupnost v daném místě. Pro někoho je nepřijatelné, aby o něj pečovala rodina, a někdo naopak chce zůstat doma. A tam jde pak o to, aby služby byly dostupné místně a časově. Většina pečovatelských služeb funguje pondělí až pátek. Kdo se o toho člověka má starat o víkendu? Nebo v noci? Ty služby musí být dostupné v tom místě, kde ten člověk je a musí být dostupné i časově. A to, co zmiňovala paní brožová, že ta rodina, neformální pečující, jsou schopni se starat nějakou dobu, pak mají náhlý výpadek, což se teď objevilo, když byla koronakrize, že ti lidé náhle onemocněli a měli obrovský strach, kdo se o toho jejich blízkého postrádá. Takže aby ty služby dokázaly reagovat pružně na nějaký výpadek, i dočasný výpadek. To podle mě v těch službách strašně chybí. A to ty neformální pečující strašně zatěžuje. To je jedna věc, a ještě druhá věc, na kterou bych potřebovala zareagovat, jak jsme narazili na ten kvalitní personál. To, co dneska chodí k výběrovému řízení na různé pozice do sociálních služeb, já nevím, kde ti lidé berou odvahu vůbec na to výběrový řízení přijít. Já bych někde plakala. Na druhou stranu, my po nich chceme mít kurz tříměsíční, a to je všechno, a my je pouštíme k těm nejkřehčím z nejkřehčích lidí a ti lidé nemají ani odborné znalosti, aby se o ty lidi starali. Takže peníze podle mě je jedna věc, ale v tuhle chvíli si ten personál moc vybírat nemůžeme a opravdu peníze na to, aby bylo dost lidí v těch službách a aby byli vzdělaní. Já si myslím, že i ten člověk, který má jenom ten kurz a 24 hodin ročně to nestačí. Aby těm lidem skutečně vzdělaní, protože když pečují o někoho, kdo je imobilní a kdo má syndrom demence a nerozumí tomu, co ten syndrom je, tak oni mají ty pečovatelky pak pocit, že jim to ten člověk dělá naschvál. A ještě jsem chtěla k té kvalitě sociálních</p>	<p>Možnost zůstat doma. Potřeba odlehčovací služby</p> <p>Poskytovatel: Dvě protikladné potřeby řešení situace službou. Místní a časová dostupnost služby – nevyhovující nastavení doby některých PS</p> <p>Mění se situace neformálních pečovatelů, strach Potřeba pružné reakce služby na situaci klientů a jejich rodin</p> <p>Kvalitní personál</p> <p>Nedostatečné vzdělání personálu/Zranitelná cílová skupina</p>
<p>Vstup nastavení</p>		
<p>Přechodné výsledky</p>		
<p>Proces nastavení</p>		
<p>Vstup kvalita person</p>		



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

<p>Proces postupy</p>	<p>služeb říct, že je strašně důležité, aby se pracovalo s těma potřebama daného člověka. Tak jak dámy říkaly. Někdo chce být doma, někdo chce být v zařízení. Ale když se řekne syndrom demence, pracuje se s těmi lidmi často skupinově a nevíme, jak s nimi pracovat. Musíme zjistit potřeby toho člověka a na základě těch potřeb nasazovat ty služby.</p> <p>Moderátor: Děkuji, to byl velice zajímavý příspěvek. Já sem rád, že to tady zaznělo, že skutečně existují různé potřeby. A nějakým způsobem by služba v diverzitě potřeb umět tu situace danému přizpůsobit.</p> <p>Irena: Vysoké školy by měly chrlit odborný personál, protože ono může být člověk, který nemá vzdělání, ale má to citění. Vy jste zmínila tu demenci. Já, když jsem tam přišla a začala jsem trénovat paměť po kolegyně, tam mi dali tabulku, teď já jsem si přečetla ty jejich materiály lékařské. To byli právníci, učitelé. Já jsem říkala, já z nich budu dělat opravdu.. A oni všichni většinou měli Alzheimeru. Já jsem si říkala, že to není možný, tak jsem se spojila s lékařem a on říkal, že většina je po 80 letech, tam už se ten Alzheimer předpokládá a ústav dostane příspěvek. Nechte to být, říkal. Takže já to nechala a připravila jsem si pro ně takové povídání, kde jsem je i nutila povídat. A po dvou letech mi byli schopni i mě i sami doplnit. Protože já jsem připravovala témata třeba o Husovi, Komenském. Ty vzpomínky jsme prostě znovu vstřebávali a oni i doplňovali. Z těch lidí vyrostli po dvou letech fakt jiné osobnosti. Takže vy jste to velmi dobře nastínila, že je potřeba, aby ten personál byl vzdělaný, ale ty vystudovaný tam pak nesměřují, to je problém.</p>	<p>Nedostatečné vzdělání jako jedna z příčin špatného zacházení Individuální zaměření péče Poznání potřeb- plánování</p>
<p>Proces- postupy</p>	<p>pročta ty jejich materiály lékařské. To byli právníci, učitelé. Já jsem říkala, já z nich budu dělat opravdu.. A oni všichni většinou měli Alzheimeru. Já jsem si říkala, že to není možný, tak jsem se spojila s lékařem a on říkal, že většina je po 80 letech, tam už se ten Alzheimer předpokládá a ústav dostane příspěvek. Nechte to být, říkal. Takže já to nechala a připravila jsem si pro ně takové povídání, kde jsem je i nutila povídat. A po dvou letech mi byli schopni i mě i sami doplnit. Protože já jsem připravovala témata třeba o Husovi, Komenském. Ty vzpomínky jsme prostě znovu vstřebávali a oni i doplňovali. Z těch lidí vyrostli po dvou letech fakt jiné osobnosti. Takže vy jste to velmi dobře nastínila, že je potřeba, aby ten personál byl vzdělaný, ale ty vystudovaný tam pak nesměřují, to je problém.</p>	
<p>Proces postupy</p>	<p>pročta ty jejich materiály lékařské. To byli právníci, učitelé. Já jsem říkala, já z nich budu dělat opravdu.. A oni všichni většinou měli Alzheimeru. Já jsem si říkala, že to není možný, tak jsem se spojila s lékařem a on říkal, že většina je po 80 letech, tam už se ten Alzheimer předpokládá a ústav dostane příspěvek. Nechte to být, říkal. Takže já to nechala a připravila jsem si pro ně takové povídání, kde jsem je i nutila povídat. A po dvou letech mi byli schopni i mě i sami doplnit. Protože já jsem připravovala témata třeba o Husovi, Komenském. Ty vzpomínky jsme prostě znovu vstřebávali a oni i doplňovali. Z těch lidí vyrostli po dvou letech fakt jiné osobnosti. Takže vy jste to velmi dobře nastínila, že je potřeba, aby ten personál byl vzdělaný, ale ty vystudovaný tam pak nesměřují, to je problém.</p>	<p>Nesprávná, účelová diagnostika potřeb klienta vede k nesprávné péči</p>
<p>Vstup kvalita personálu</p>	<p>pročta ty jejich materiály lékařské. To byli právníci, učitelé. Já jsem říkala, já z nich budu dělat opravdu.. A oni všichni většinou měli Alzheimeru. Já jsem si říkala, že to není možný, tak jsem se spojila s lékařem a on říkal, že většina je po 80 letech, tam už se ten Alzheimer předpokládá a ústav dostane příspěvek. Nechte to být, říkal. Takže já to nechala a připravila jsem si pro ně takové povídání, kde jsem je i nutila povídat. A po dvou letech mi byli schopni i mě i sami doplnit. Protože já jsem připravovala témata třeba o Husovi, Komenském. Ty vzpomínky jsme prostě znovu vstřebávali a oni i doplňovali. Z těch lidí vyrostli po dvou letech fakt jiné osobnosti. Takže vy jste to velmi dobře nastínila, že je potřeba, aby ten personál byl vzdělaný, ale ty vystudovaný tam pak nesměřují, to je problém.</p>	<p>Správné nastavení aktivizace</p>



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

<p>Společensko politické podmínky</p> <p>Regulace</p>	<p>Julie M.: Raději dělají tiskové mluvčí (platy)</p> <p>Moderátor: Jaké jsou překážky vedle těch zmiňovaných dříve?</p> <p>Julie M.: Já bych řekla, že takovou velkou překážkou celkový pohled společnosti na sociální práci. Prostě socka je pejorativní, to je hanlivé. To, že někdo bude starý, s tím se nepočítá, protože dneska je cool mládí. Vůbec celkový pohled na sociální služby je velice negativní. To je pro mě docela stěžejní, a když si vezmete, jak poslanci dokážou diskutovat ohledně péče o děti a jak nedokážou jednat ohledně problémů seniorů, tak to je právě vizitka a přístup společnosti sociální práce se seniory. Kdežto ve světě je práce se seniory daleko víc než jakákoliv jiná sociální práce. Tak to vidím jako alfa omega přístupu společnosti při práci se seniory.</p> <p>Julie F.: Ona je taky hodně důležitá mentalita národa. Protože Řekové třeba jsou daleko vstřícnější ke starým. Tam nejsou domovy, tam se stará rodina. Zrovna tak v Itálii. Není to věc vedoucích orgánů</p> <p>Julie M.: Ani Romové nedávají své staré příslušníky do ústavů.</p> <p>Jitka: Sám jste třeba starý a máte své nemoci, máte těžce nemocného manžela a teď se o něj plnohodnotně máte starat a on už nemůže být někam denně převážen do denního stacionáře. To by nevydržel. a tyhle starý lidi, kteří jsou sami staří, tak ty to</p>	<p>Vzdělaný personál do služeb nesměřuje</p> <p>Problematický společenský status sociální práce Negativní společenský obraz sociální služby. Ageismus ve společnosti. Neznalost politiků. Společenské nedocení práce se seniory.</p> <p>Vliv národní mentality, kontrast s jižními národy.</p>
---	--	--



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

<p>Společensko politické překážky</p> <p>Regulace</p> <p>Společensko politické podmínky</p>	<p>odnáší psychicky, fyzicky. Já si myslím, že k těmto hodně těžkým pacientům, kteří jsou hodně nemocní, by měla být nějaká služba, aby ten člověk ošetřující mohl aspoň na tři hodiny vypadnout, jít se projít, na výstavu a tak.</p> <p>Moderátor: Ony takové služby jsou, ale jsou velice vzácné a drahé.</p> <p>Julie M.: Já si myslím, že i to je někdy limitující, i když ne úplně, protože si ten, kdo takovou službu potřebuje, má příspěvek na péči a tím, že má těch služeb víc, tak na ně obtížně dosáhne, a to je další věc. Prostě tahle společnost zatím vůbec nevychovává lidi k tomu, aby mysleli i na stáří. Jako nikdo nepočítá s tím, že bude za tu péči platit.</p> <p>Dneska už vám nikdo zadarmo ani vodu nepodá, jak se řekne. a já mám velice dobré zkušenosti s heverem nebo prostě s osobní asistencí. To nemůžu říct, třeba Praha 10 dělá velice dobrou asistenci na tři hodiny. Anebo charita, diakonie nebo ta církev tak ty taky mají osobní asistenci tyhle charitativní. Jenže ta hodina stojí 130 korun a vůbec se to nepropaguje, že ta osobní asistence je. Prostě opravdu ta společnost zůstává dlužná i v informovanosti o sociálních službách.</p> <p>Moderátor: Ano, to je důležité.</p> <p>Julie F.: No tak ono to na internetu je, ale každý z nás to úplně nemá rád ten internet. Takže ho nepoužívají.</p>	<p>Potřeba služeb jako prevence nutnosti přerazení do pobytové péče. Finanční a místní nedostupnost amb. odlehčovacích služeb.</p> <p>Společenské nastavení</p> <p>Dostupnost služeb kvalitní osobní asistence</p> <p>Nedostatečná informovanost</p> <p>Internet je pro seniory nedostatečný zdroj informací</p> <p>Vztahy v rodině a odpovědnost za péči</p>
---	---	---



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

<p>Společensko politické podmínky ?</p>	<p>Zdena:: Musíme si vytvářet dobré vztahy. A musíme začít v té rodině. Moje babička ležela čtyři roky upoutaná na lůžko a mamčinina sestra se o ni starala. Necítila jsem nikdy, sice jsem byla dítě, ale že by to tu tetu obtěžovalo. A to si myslím, že je strašně důležité.</p> <p>Julie M.: My se na to taky díváme z pohledu velkoměsta. Praha má úplně specifický přístup. Já si myslím, že na malém městě, třeba na Točné, když jdete a potká děti, tak vás vždycky pozdraví. To v Praze Hodkovičkách to teda neexistuje, kdežto na Točné vždycky.</p> <p>Julie F.: Nikdy jsem nebyla v Rychlebských horách a chtěla jsem vůbec vědět, kde to je, jede se tam krásně vlakem, a kdybychom děti 3x potkali, tak celá ta škola pozdraví.</p> <p>Julie M.: Jo, takže pohled z toho anonymního velkoměsta je opravdu krutej. Ve vztazích mezi lidmi. Pokud to teda není...Já třeba bydlím na takovém sídlišťátku, který jsme stavěli svépomocí. Tam si vzájemně pomůžeme, bydlíme tam 51 let, spolu jsme zestárlí, vychovali jsme společně děti, takže si vzájemně pomůžeme, tam jsou úplně jiné vztahy, ale teď co ty byty se prodaly těm mladým, tak opravdu velice těžce a musíte pracovat na tom, aby ty vztahy mezi starousedlíky a těmi, co si za ty miliony koupili družstevní byty, aby mezi nimi nebyla bariéra.</p> <p>Julie F: ano, ano.</p> <p style="text-align: center;">Kvality prostředí služby (D5)</p>	<p>Specifičnost velkoměsta a venkova</p> <p>Anonymita velkoměsta versus soudržnost a solidarita komunit</p> <p>Rizika eroze komunity vlivem proměn vlastnických vztahů v čase</p>
---	--	---



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

<p>Vstup standard prostředí Výstup osobní rozvoj Vstup organ nastavení</p>	<p>Moderátor: Dostali jsme se teď k tomu, že ať už jsou služby profesionální nebo nejsou profesionální, ať už je to vzájemná pomoc v rodině, jak to všechno souvisí s tou komunitou. v nějakých menších, úzkých komunitách, kde lidi mají k sobě blíž, je to všechno snadnější než ve velkých městech, kde se lidi neznají, neosobní vztahy a tak dále. Tak to bylo velice zajímavé téma, které jsme teď probrali a pojdme si teď na závěr říct něco o tom, jak by mělo vypadat prostředí té soc. služby. Pojdme se soustředit na ty institucionální soc. služby, ty které poskytuje stát nebo církve nebo jakýkoliv poskytovatel, ale jsou to profesionální služby.</p>	
<p>Vstup standard prostředí Výstup autonomie</p>	<p>Moderátor: Jak si představujete, že by to v takové službě mělo vypadat? na čem by nám záleželo, co bychom tam hledali? Teď nemluvíme o personálu a atmosféře, ale mluvím o materiálních stránkách té služby.</p>	<p>Obtíže soužití více osob – nedostatek jednolůžkových pokojů. Možnost aktivního trávení času odpovídající zaměření Lékařská péče</p>
<p>Vstup standard prostředí</p>	<p>Jitka: Já, kdybych šla do nějakého domova důchodců, tak bych brala, ono to asi není možný, abych měla samostatný pokojík, protože ne každý se s každým snese už v tom věku. Každý má jiné zdravotní potíže, někomu vadí, že chodí v noci na záchod a nemůže spát, nebo se povahově neshodnout. A aby tam byly různé pracovní příležitosti, kroužky, aby ty lidi měli nějakou náplň, občas nějaká výstava místního umělce, přednáška, aby se tam nenudili. a aby tam byl i lékař.</p>	<p>Estetika, design, Klienti se podílejí na dekoraci prostředí – pozitivní signál</p>
<p>Výstup fyzické podmínky</p>	<p>Irena: Kdybych tam přišla, tak bych se dívala, jak je to tam vyzdobený. Protože jsou třeba jarní svátky, Velikonoce, jak na nástěnkách jsou různé kresby, protože to mi řekne, že teda ti klienti tam pracují, že tam je nějaká keramika a že to tam prostě je.</p>	<p>Stísněnost prostředí- izolovanost.</p>



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

<p>Proces postupy <i>Výstup kvantita naznamená kvalitu?</i></p> <p>Regulace</p> <p>Proces pravidla/nastavení</p> <p>Výstup fyzické podmínky</p> <p>Vstup nastavení + Vstup Standard prostředí</p> <p>Proces postupy</p>	<p>že to není jen někde deklarovaný, že si to přečtu, že tyhle aktivity se tam dějí, ale že mám možnost to tam vidět.</p> <p>Julie M.: Já mám zkušenost z domova pro seniory na Praze 8, že lidi jsou řádově v osmi metrech čtverečních bez sociálního zařízení a v době nedávne, protože já tam má teda švagra a hned na to začal kovid, tak prostě ač je teda sám, tak tak hrozně trpí, že je mi ho strašně líto. A kdybych mohla, tak si ho vezmu domu, to vám řeknu na rovinu. On říká, to je kobka. Protože v tomhle domově udělali jednolůžkové pokoje v suterénu. A to vám je prostě deprese. Jako opravdu co se týče aktivit, tak nemůžu říct. Ale ještě jednu věc vám řeknu a myslím, že to teď bude velice aktuální, a to je kuchyně. Všichni, kdo mají své blízké v domově pro seniory, tak si stěžují na to jak nekvalitní jídlo je vařené, ale lidi to dostávají v takové množství, že se to dává do kýblu a vozí se to někam. Takže já bych se přimlouvala za to, aby jídlo bylo kvalitní, v menších porcích a aby odpovídalo i zubům seniorů. Oni byli zvyklá na palačinky, na dobré šunka fleky. A oni dostanou obrovskou hromadu, ale k čemu? Takže kvalitní jídlo, klidně v menším množství, protože se to stejně vyhazuje. Láska prochází žaludkem, žejo. Na to jídlo by se kontrolní orgány opravdu měly zaměřit.</p> <p>Irena: Přikloním se k tomu, protože jsem měla možnost v ústavech sledovat jídelníčky, tak mě taky zarazilo, že třeba k večeři mají 4x do týdne uzenu, párek, nejsou na to zvyklí. A co se týče těch pokojů, ono je to složité asi zařídit, protože ona není výhra, když jsou dva. Protože jeden nevidí, druhý neslyší, jeden chce televizi, druhý ji nechce, ten to</p>	<p>Stravování: Kvantita versus nekvality</p> <p>Kvality a přiměřená kvantita</p> <p>Nutnost respektovat stravovací omezení (chrup) dané věkem.</p> <p>Potřeba kontroly kvality stravování</p> <p>Nevhodná skladba jídel</p> <p>Problematičnost soužití klientů ve vícelůžkových pokojích.</p>
---	--	---



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

<p>Výsledky autonomie</p> <p>Proces pravidla/nastavení</p> <p>Vstup množství personálu</p>	<p>má nahlas, druhý nemůže spát, nerozumí si často. Ona samota je hrozná, ale mít dva, který se nesnáší, je teda taky strašný.</p> <p>Jitka: Taky je problém bezohlednost, když je člověk v nemocnici a je hodně nemocný. To si zažil můj muž a v životě už říkal, abychom ho do nemocnice nedávali. To prý radši umře doma.</p> <p>L. Rybyšarová: pro mě je důležité, když to vztáhneme k pobytovým službám, aby nebyly zcela izolované, aby byly otevřené, aby se staly komunitním centrem, aby si lidé mohli potkávat, aby to bylo místo, kde se žije, a i senioři řeší tu stravu doma, potřebují někam docházet. Tady se vaří, to znamená, že i ti, kdo bydlí v okolí, aby tam mohli docházet. Když jsou tam kulturní programy, ať se to otevře i pro ty ostatní, ať je to komunitní centrum, kde se dá žít. A narazili jsme na tu aktivizaci, někdy se vymýšlí aktivita pro aktivitu. Já jsem ergoterapeut a dlouho jsem jí v pobytových službách dělala. Vymýšlí se kreslení, stříhání, jenom aby byla aktivita. Spousta obyvatel, které tam bydlí, jsou ženy, které byly zvyklé doma normálně pracovat a fungovat, jsou schopné si ustlat postel, poskládat si prádlo, utřít prach a jsou to činnosti, které jsou pro ně přirozené. My tam máme přepracovaný personál a přepečovaně obyvatele, kterým my vymýšlíme aktivitu pro aktivitu. Takže pro mě by bylo i důležité to, aby se začalo s těmi aktivitami nakládat přesně podle toho, co ten člověk potřebuje.</p>	<p>Pobytová služba jako otevřené komunitní centrum</p> <p>Neúčelná aktivita pro aktivitu</p> <p>Klient podílející se na činnostech péče.</p> <p>Přepečování klientů</p> <p>Zavírání klientů uvnitř zařízení.</p> <p>Nedostatek personálu?</p>
---	---	---



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

<p>Proces pravidla/nastavení</p> <p>Procesy postupy</p> <p>Riziko špatné péče neodborná a nedbalé zajišťování alimentace</p>	<p>Jitka: Já jsem se vždycky divila, že když jedu ke Krčské nemocnici tam okolo domova seniorů. Venku bylo nádherně v létě a na zahradě ani noha. A to jsem si říkala, proč ty lidi aspoň nevyvezou ven, že by ty lidi aspoň mohli sedět na lavičkách a užít si sluníčko.</p> <p>Irena: Protože nejspíš nebyl personál, který by je mohl vyvézt. Každý ten jeden uživatel potřebuje personál a taky aby se mu po tu dobu tam věnoval. Aby tam někde nespádl.</p> <p>Jitka: Tak aspoň ti, co můžou.</p> <p>Irena: Dobře, ale kde vzít ten personál, který by byl s tím dotyčným na vozíčku v tom parku, když je potřeba. Teď jsem byla svědkem toho, že byla jedna zdravotní sestra na 40 lidí, že nestačil člověk ani přebalovat.</p> <p>Moderátor: tak to byl zajímavý moment, když jsme mluvili o tom prostředí, tak je určitě pěkné, když je tam nějaká ta zahrada nebo park, ale co je to platné, když není nikdo, kdo by ty klienty tam vzal.</p> <p>Julie M: já jsem v neděli měla hovor s tím mým švagrem a říkal, že co je mi platný, že tady zpívá Janda a Zíma a já nevím kdo všechno, když se tady pořádně nenajím.</p> <p>Renata: Já to vidím na sobě. Jak čím víc stárnu, tak mám i radosti míň a míň, a to jídlo mi jako zůstává. To vidím i na mé matce, že se těší na ten oběd, že si pochutná. A když jí přinesou tvrdé maso, nenakrájené, tak je z toho celý den otrávená.</p>	<p>Neúnosné zatížení personálu (chybějící personální standard?)</p> <p>Důležitost dostatečného stravování.</p> <p>Důležitost stravování.</p> <p>Nevhodný postup a chybějící asistence při příjmu potravy</p> <p>Riziko bezohlednosti- důsledek nedostatečná výživa a hydratace</p>
--	--	--



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

	<p>Irena: Teď často je to jídlo přineseno člověku, který je imobilní, na stolečku, na který ten člověk vůbec nedosáhne a je velikou výhodou, když ta sestra nakrájí nebo rozmixuje, a to není ale běžný. Nejhorší je to, že často nedosáhnou ani na to pití.</p> <p>Renata: Přinesou mu oběd, pak mu ho odnesou, ani se ho nezeptají. pro něj ta výživa, řekla bych, je velmi důležitá. Protože dokavad' nemá správnou výživu a dostatek tekutin a minerálů, tak ten organismus dál chátrá. Potom si myslím, že ta výživa u seniorů je ještě důležitější než u mladých lidí.</p> <p>Moderátor: Moc vám děkuji a přeju vám, ať se vám daří. Mějte se hezky!</p>	
--	--	--

II. Frekvence výskytu

Tab. 1 Vstup



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Kategorie Vstup								
Druhy	kvalita/množství personálu		finance		standard prostředí		organizační nastavení	
Témata	Odbornost	1	Financování platy jako příčina odchodu sester	1	Obtíže soužití více osobí – nedostatek jednolůžkových pokojů	1	Fyzická dostupnost/doprava jako problém denního stacionáře	1
	Kompetence personálu/dobrá komunikace	1	Dobré platy -podmínka kvalitního personálu	1	Estetika, design prostředí	1	Fyzická dostupnost/ nemožnost parkování	1
	Ochota komunikovat				Stísněnost prostředí- izolovanost.	1	Pobytová služba jako otevřené komunitní centrum	1
	Nedostatečné vzdělání personálu riziko poškození zranitelné cílová skupina	1			Neizolovanost pobytové služby	1	Místní a časová dostupnost služby – nevyhovující nastavení doby některých PS	1
	Vzdělaný personál do služeb nesměřuje	1					Dostupnost lékařské péče	1
	Neúnosné zatížení personálu	1						
	Předpoklady pro rekrutaci personálu –osobnostní nastavení komunikovat	1						
	Důležitost správného výběru personálu	1						
18		7		2		4		5

Tab. 2 Proces

Kategorie Proces			
Druhy	metody	postupy	pravidla / nastavení



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Témata	Nesprávná, účelová diagnostika potřeb klienta vede k nesprávné péči	x	Důležitost poznání potřeb klienta, provázanost na plánování	1	Práce s emoční zátěží personálu	1
	Správná diagnostika potřeb a odpovídající aktivizace může zlepšit stav klientů	x	Nesprávná, účelová diagnostika potřeb klienta vede k nesprávné péči	1	Pravidelnost procedury jako projevení zájmu a součást komunikace	1
			Správná diagnostika potřeb a odpovídající aktivizace může zlepšit stav klientů	1	Potřeba pružné reakce služby na situaci klientů a jejich rodin	1
			Výroba jídel v dostatečné kvalitě a přiměřeném množství- neplýtvání	1	Nevhodná skladba jídel pro cílovou skupinu	1
			Neúčelná, formální aktivizace	1	Klientům neumožněn pobyt venku, zavření na pokojích,	1
			Nevhodný postup a chybějící asistence při příjmu potravy	1	Důležitost dostatečného a kvalitního stravování	1
12		x		6		6



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Tab. 3 Výsledky

Kategorie Výsledky								
Druhy	práva		autonomie		sociální vztahy		inkluze	
Témata	Prostředí nezajišťující soukromí vede ke konfliktům klientů	x	Vlastní podíl na dekoraci prostředí	1	Důležitost kontaktu klientů s rodinou	pozitivní vliv sociálního kontaktu	1	
	Zraňující vliv špatného zacházení. Závislost a zranitelnost klientů	x	Klient podílející se na činnostech péče-stlaní, úklid	1				
		x		2			1	
	rozvoj		materiální a fyzické podmínky		Interakce		přechodné výsledky	
	možnost aktivního života	1	Pořádek	1	Pozitivní atmosféra ve službě	Řešení závislosti na rodině umístění v pobytovém zařízení	1	
	Možnost aktivního života	1	Nekvalitní jídlo	1	Souznění s personálem, pocit že nikoho neobtěžuji	Možnost pobytové sl. -služba jako řešení neúnosné zátěže blízké osoby	1	
	Možnost aktivního trávení času odpovídající zaměření	1	Prostředí nezajišťující soukromí vede ke konfliktům klientů	1	Pozornost, zájem personálu nedělá problém přijít ke klientovi, neodbývání jich	Možnost zůstat doma +potřeba odlehčovací služby	1	
					Vlídnost, laskavost jako atributy vztahu personálu	Existence dvou protichůdných potřeb řešení situace službou - zůstat doma, získat umístění v pobytové službě	1	
					Senzitivita klientů k chování personálu	Měnicí se situace neformálních pečovatelů může vyvolat akutní potřebu řešení	1	
					Zraňující vliv špatného zacházení. Závislost a zranitelnost klientů			
					Chování: vstřícnost, ochota komunikovat, pozitivní emocionalita, zájem o klienta			
		3		3			5	
22								



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Tab. 4 Oblast vnějších podmínek

	Systémová regulace		Společenské podmínky	
Témata	Vědět kam se obrátit, dostupnost informací o službách	1	Problematický společenský status sociální práce	1
	Potřeba služeb typu denní stacionář jako prevence nutnosti přeřazení do pobytové péče	1	Negativní společenský obraz sociální služby	1
	Finanční a místní dostupnost odlehčovacích služeb	1	Ageismus ve společnosti.	1
	Dostupnost služeb kvalitní osobní asistence	1	Neznalost politiků.	1
	Nedostatečná informovanost o službách jako dluh společnosti	1	Společenské nedocnění práce se seniory	1
	Informovanost: Nelze spoléhat na vyhledávací aktivitu na internetu	1	Vliv národní mentality na způsob péče, kontrast s jižními národy	1
	Potřeba kontroly kvality stravování	1	lidé nemyslí na stáří, nepočítají, že budou za péči platit	1
		7	Vztahy v rodině ovlivňují odpovědnost dětí za péči o rodiče	1
Celkem témat	68	Riziko eroze soudržnosti komunity vlivem změn ve vlastnických vztazích bytů	1	
			9	



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006219

Tab. 5 Relativní četnosti (%)

Oblasti	Kategorie	Procento témat z celkového počtu	Procento témat z oblasti poskytování
Poskytování	Výsledky	32,35	42,3
	Vstupy	26,47	34,6
	Proces	17,65	23,1
<i>celkem</i>		<i>76,47</i>	
Vnější podmínky	Společenské podmínky	13,2	
	Systémová regulace	10,3	
<i>celkem</i>		<i>23,5</i>	