

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra: sociálních studií a speciální pedagogiky

Bakalářský studijní program: Sociální péče

Studijní obor: Sociální pracovník

Název bakalářské práce: KOMUNITNÍ PLÁNOVÁNÍ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Autor:

Jaroslava Zajícová
Kosmonautů 1548
511 01 Turnov

Podpis autora:



Vedoucí práce: PaedDr. Ilona Pešatová, Ph.D.

UNIVERZITNÍ KNIHOVNA
TECHNICKÉ UNIVERZITY V LIBERCI



3146072801

Počet:

stran	obrázků	tabulek	grafů	zdrojů	příloh
	0	13	12	26	2

V Turnově dne: 30. 4. 2004

Katedra: Pedagogiky a psychologie - oddělení sociálních studií a speciální pedagogiky

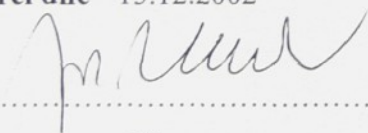
ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(pro bakalářský studijní program)

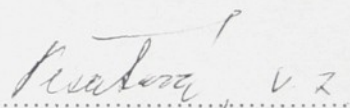
pro (kandidát) Jaroslava Zajícová
adresa: Kosmonautů 1548, 511 01 Turnov
obor (kombinace): sociální pracovník
Název BP: Komunitní plánování v sociálních službách
Název BP v angličtině: Social Services Community Planning
Vedoucí práce: PaedDr. Ilona Pešatová, Ph.D.
Konzultant:
Termín odevzdání: 30.4.2004

Pozn. Podmínky pro zadání práce jsou k nahlédnutí na katedrách. Katedry rovněž formulují podrobnosti zadání. Zásady pro zpracování DP jsou k dispozici ve dvou verzích (stručné, resp. metodické pokyny) na katedrách a na Děkanátě Fakulty pedagogické TU v Liberci.

V Liberci dne 15.12.2002



děkan



vedoucí katedry

Převzal (kandidát): Jaroslava Zajícová

Datum: 15.12.2002

Podpis: 

KSS/SPRA
59.1.203
gub, tab.

Cíl:

Cílem bakalářské práce je zjistit informovanost o sociálních službách, a to především u uživatelů. Průzkum je součástí Projektu komunitního plánování (KÚ Liberec a Liberec).

Předpoklady:

Předpokládáme, že informovanost uživatelů o aktuální nabídce sociálních služeb je nedostatečná.

Metody:

Nestandardizovaný dotazník

Literatura:

Komunitní plánování věc veřejná. MPSV, 2002.

Standardy kvality sociálních služeb. MPSV, 2002.

Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe. Průvodce pro poskytovatele. MPSV, 2002.

Kvalita sociálních služeb v poradenství. MPSV, 2002.

Kvalita sociálních služeb v domovech pro občany se zdravotním postižením. Metodický materiál. MPSV, 2001.

Řezníček, I.: Metody sociální práce. Sociologické nakladatelství, Praha, 1994.

tu

Prohlášení o původnosti práce:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, a že jsem uvedla veškerou použitou literaturu.

V Turnově dne: 30. 4. 2004

Jaroslava Zajícová



vlastnoruční podpis

Prohlášení o využití výsledků BP:

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 o právu autorském, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce, a prohlašuji, že souhlasím s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení, kopírování apod.).


Jsem si vědoma toho, že užití své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem TUL, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených univerzitou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše). Bakalářská práce je majetkem školy, s bakalářskou prací nelze bez svolení školy disponovat.

Beru na vědomí, že po pěti letech si mohu bakalářskou práci vyžádat v Univerzitní knihovně Technické univerzity v Liberci, kde bude uložena.

Autor:

Jaroslava Zajícová

Podpis:



vlastnoruční podpis

Adresa:

Kosmonautů 1548

511 01 Turnov

Datum:

29. 4. 2004

Poděkování

Děkuji tímto PaedDr. Iloně Pešatové, PhD. za cenné rady a připomínky při vedení své bakalářské práce. Děkuji také respondentům za jejich ochotu podílet se na výzkumné části bakalářské práce.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývala problematikou komunitního plánování sociálních služeb v Libereckém kraji. V teoretické části byl za pomoci informačních odborných zdrojů zpracován stěžejní pojem - komunitní plánování a další pojmy s ním související. Cílem práce bylo zjistit jednak úroveň informovanosti o sociálních a zdravotně sociálních službách u potenciálních uživatelů a zdravotnických pracovníků, dále zjištění aktuálních potřeb v oblasti sociálních a zdravotně sociálních služeb pro výše jmenované skupiny, včetně zjištění potřeby vytvoření informační brožury. Sociální analýza, resp. průzkum, probíhal v Turnově. Metodikou průzkumu byl řízený rozhovor. Výsledky bakalářské práce jsou součástí projektu Komunitního plánování sociálních služeb Libereckého kraje, který probíhal ve spolupráci s Technickou univerzitou v Liberci, resp. Katedrou sociálních studií a speciální pedagogiky.

RESUME

This bachelor thesis deals with issue of community social services planning in Liberec region. The pivot concept is elaborated in the theoretical part using specialized information sources. The primary objective of the work was to gather the state of awareness of social and health-social services by their potential users and medic workers, to gather current need in domain of social and health-social services. The secondary objective was to gather if there is need of informative brochure. Social analysis or research was carried out in Turnov. Methodology of the research was controlled conversation. The results of the bachelor thesis are part of "Community social services planning in Liberec region" project which was carried in cooperation with Technical University in Liberec, Department of Social studies and special pedagogy.

OBSAH:

I ÚVOD	11
II TEORETICKÉ ZPRACOVÁNÍ PROBLÉMU	12
1 Vývoj komunitního plánování sociálních služeb	12
1.1 Vymezení pojmu komunitní plánování	14
1.2 Komunitní plánování sociálních služeb	14
1.2.1 Cíl komunitního plánování sociálních služeb	16
1.2.2 Hlavní principy komunitního plánování	16
1.2.3 Fáze zpracování komunitního plánování	17
1.2.4 Výsledek komunitního plánování	19
1.2.5 Přínos komunitního plánování pro obec	19
1.3 Komunitní plán	20
1.3.1 Zásady při zpracování komunitního plánu	20
1.3.2 Obsah komunitního plánu	20
1.3.3 Účastníci komunitního plánování a komunitního plánu	21
2 Standardy kvality sociálních služeb	24
2.1 Základní charakteristika standardů kvality sociálních služeb	25
2.2 Struktura standardů	28
2.2.1 Standardy 13 a 14	31
2.2.1.1 Standard 13 – Informovanost o službě	31
2.2.1.2 Standard 14 – Prostředí a podmínky poskytování služeb	31
3 Projekt komunitního plánování sociálních služeb Libereckého kraje	32
III PRAKTICKÁ ČÁST	35
4 Cíl praktické části	35
5 Popis zkoumaného vzorku	35
5.1 Popis potenciálních uživatelů sociálních služeb	35
5.2 Popis zdravotnického personálu	36
6 Popis metodiky získávání a zpracování dat	36
6.1 Popis metodiky získávání dat	36
6.2 Popis metodiky zpracování dat	37
7 Získaná data a jejich interpretace	39
7.1 Výsledky u potencionálních uživatelů	39
7.1.1 Analýza informovanosti	39
7.1.2 Analýza potřeb	41
7.2 Výsledky u respondentů z oblasti zdravotnictví	43
7.2.1 Analýza informovanosti	43

7.2.2	Analýza potřeb	44
8	Shrnutí výsledků průzkumu.....	51
8.1	Výsledky průzkumu u potencionálních uživatelů.....	51
8.2	Výsledky průzkumu u respondentů z oblasti zdravotnictví.....	52
IV	ZÁVĚR A VYUŽITÍ VÝSLEDKŮ PRÁCE PRO PRAXI	55
V	SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	57
VI	SEZNAM PŘÍLOH	59
VII	PŘÍLOHOVÁ ČÁST	

I ÚVOD

Problematika komunitního plánování (*dále i KP*) a zejména komunitního plánování v sociálních službách je záležitostí v České republice relativně novou, ale z hlediska budoucnosti velmi perspektivní.

Zkušenosti s praktickým používáním některých principů komunitního plánování existují v České republice především v oblastech jako je ochrana životního prostředí, tvorba strategických rozvojových plánů obcí, preventivní zdravotnické programy, součinnostní programy prevence kriminality atd.

Řadu zkušeností s používáním komunitního plánování a komunitního plánování v sociálních službách lze nalézt v zahraničí.

Bakalářská práce se zabývá problematikou komunitního plánování sociálních služeb v Libereckém kraji, resp. v Turnově.

V teoretické části jsou zpracována za pomoci odborných informačních zdrojů teoretická východiska, ze kterých sociální analýza a výzkum vychází.

Praktickou část tvoří vlastní sociální analýza, resp. průzkum. Výsledky jsou popsány v tabulkách a grafech, včetně slovní interpretace.

Cílem práce bylo zjistit jednak úroveň informovanosti o sociálních a zdravotně sociálních službách u potenciálních uživatelů a zdravotnických pracovníků, včetně potřeby vytvoření informační brožury a dále zjištění aktuálních potřeb v oblasti sociálních a zdravotně sociálních služeb u výše jmenovaných skupin respondentů.

Metodikou průzkumu byl řízený rozhovor.

Výsledky bakalářské práce jsou součástí projektu Komunitního plánování sociálních služeb Libereckého kraje, který probíhal ve spolupráci s Technickou univerzitou v Liberci, resp. Katedrou sociálních studií a speciální pedagogiky.

II TEORETICKÉ ZPRACOVÁNÍ PROBLÉMU

1 VÝVOJ KOMUNITNÍHO PLÁNOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Jak již bylo řečeno, problematika komunitního plánování a zejména komunitního plánování v sociálních službách je u nás záležitostí relativně novou, ale přesto lze hovořit již nyní nejen o genezi, ale i vývoji komunitního plánování.

Komunitní plánování v sociálních službách v ČR bylo původně pilotně ověřováno v rámci modulu 1 Česko-britského projektu "Podpora MPSV při reformě sociálních služeb" na Písecku.

*Od roku 2000 do roku 2003 probíhalo komunitní plánování sociálních služeb na území okresu Písek. Výsledkem tohoto úsilí se kromě jiného stala druhá **pracovní verze Komunitního plánu**, jež byla veřejně představena na místní konferenci v Písku v listopadu 2002 v průběhu Týdne sociálních služeb. Jde o dokument převážně analytického charakteru, jež podrobně mapuje existující služby v regionu i jejich potřebnost v jednotlivých obcích (mapy služeb). Tyto poznatky doplňují údaje získané v rámci průzkumu přání a potřeb mezi obyvateli Písecka, na jejichž základě lze určit pořadí služeb, které lidé považují pro sebe a své rodiny za nejdůležitější. Nedostatečné zastoupení některých služeb signalizují rovněž výsledky průzkumu mezi poskytovateli.*

Zkušenosti z procesu KP na Písecku byly MPSV zúročeny jak při práci na metodických a koncepčních materiálech (např. Bilá kniha sociálních služeb), tak i při vytváření vzdělávacího programu k podpoře KP nebo přípravě programového financování či dotačního řízení.

Nezávisle na aktivitách MPSV probíhá KP již několik let v **Ústí nad Labem**.

Na začátku roku 2003 se podařilo zahájit KP v šesti dalších městech (**Týn nad Vltavou, Havlíčkův Brod, Třebíč, Karviná, Rychnov nad Kněžnou a Týniště nad Orlicí**). Jejich aktivity se soustřeďují zvláště na zmapování stávajících sociálních služeb a zpracování katalogů nebo informačních brožur pro veřejnost. Informování a zapojování širší veřejnosti se ovšem děje i prostřednictvím dotazníků a anket nebo pořádáním veřejných setkání, jejichž cílem je zjistit potřeby uživatelů služeb. To vše by ale nebylo možné uskutečňovat bez podpory ze strany politické reprezentace i pracovníků městských úřadů, kteří se na KP podílejí.

Rozsah oblastí zpracovávaných v KP se může lišit. Některá města se hned od počátku zaměřují na všechny cílové skupiny, jinde se v první fázi zabývají více do hloubky

specifičtější problematikou. **KP se nemusí omezovat jen na hranice města**, ale může být zaměřeno na spolupráci s ostatními okolními (spádovými) obcemi.

Přestože některé klíčové činnosti KP jsou pro všechna města společné, rozdílnost místních podmínek a přístup k sociálním otázkám se určitou měrou odráží na charakteru komunitního plánování v každé lokalitě.

Na základě analýzy zkušeností z Písku a Milevska vznikl dále **vzdělávací program**, jehož cílem je připravit zástupce vybraných měst na zavádění komunitního plánování.

Od září 2002 do konce roku proběhlo první kolo vzdělávacího programu určeného k podpoře komunitního plánování v šesti výše uvedených městech. V další fázi absolvovali vzdělávací program zástupci dalších šesti měst, a to: **Vsetína, Ostravy, Turnova, Semil, Jilemnice, Pelhřimova.**

Cílem vzdělávacího programu je vybavit účastníky programu teoretickými poznatky i praktickými dovednostmi tak, aby bylo možné v těchto městech ustavit efektivní pracovní struktury a zahájit proces komunitního plánování. Z každého města se programu účastní vždy **jeden zástupce z řad zadavatelů, poskytovatelů i uživatelů služeb**, aby bylo možné jejich prostřednictvím do procesu KP perspektivně zapojit všechny zájmové strany.

MPSV podporuje rozšíření komunitního plánování postupně do dalších míst v naší republice.

MPSV podporuje komunitní plánování také **finančně**. V roce 2003 získalo v dotačním řízení příspěvek na zahájení nebo pokračování KP a na vzdělávací činnost v KP několik neziskových organizací. Dalším finančním nástrojem se stalo programové financování, jehož prostřednictvím bude možné v průběhu několika příštích let rozdělit finanční prostředky přímo mezi obce, které přijmou KP jako součást standardního způsobu zajišťování sociálních služeb.

V roce 2002 vydalo MPSV (Vasková, V. – Žežula, O.) drobnou, ale velmi užitečnou publikaci Komunitní plánování - věc veřejná. Jde o osnovu metodického materiálu určeného k podpoře obcí a krajů, které se rozhodnou zavést komunitní plánování sociálních služeb. Tato publikace je určena obcím, krajům, poskytovatelům i uživatelům

sociálních služeb. Podává základní informace o významu, principech a struktuře komunitního plánování sociálních služeb.

V následující kapitole vycházíme především z výše uvedené publikace.

1.1 VYMEZENÍ POJMU KOMUNITNÍ PLÁNOVÁNÍ

Komunitní plánování je metoda, která umožňuje zpracovávat rozvojové materiály pro různé oblasti veřejného života na úrovni obce i kraje a která výrazně posiluje principy zastupitelské demokracie.

Charakteristickým znakem metody je důraz kladený na:

- zapojování všech, kterých se zpracovávaná oblast týká,
- dialog a vyjednávání,
- dosažení výsledku, který je přijat a podporován většinou účastníků.

1.2 KOMUNITNÍ PLÁNOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Cílem sociálních služeb je pomoci lidem (pokud toho nejsou sami schopni) udržet si nebo znovu nabýt své místo v komunitě, ve většinové společnosti, ve svém přirozeném společenství.

Sociální služby jsou zaměřeny na lidi – jednotlivce, jejich rodiny a na jejich sociální síť.

Sociální služby jsou zaměřeny na saturaci individuálních potřeb jednotlivců a celkových potřeb komunit, v nichž tito jednotlivci žijí. **Nástrojem pro reakci (uspokojování) potřeb individuálních i komunitních je komunitní plánování.**

Komunitní plánování sociálních služeb lze vymezit jako:

- **Metodu, kterou lze na úrovni obcí nebo krajů plánovat sociální služby tak, aby odpovídaly místním specifikům i potřebám jednotlivých občanů.**
- **Otevřený proces zjišťování potřeb a zdrojů a hledání nejlepších řešení v oblasti sociálních služeb, která nejlépe odpovídají místním podmínkám, potřebám komunity i jednotlivců.**

KP probíhá po několik let. V důsledku toho nebude nikdy „dokončeno“. **Jde o trvalý kontinuální proces.**

KP není činností oddělenou od rozvoje sociálních služeb, naopak – je s ním úzce spojeno, stejně jako s procesy zpracování státních a regionálních plánů.

Základem komunitního plánování je spolupráce zadavatelů (obcí) s uživateli (klienty) a poskytovateli (jednotlivé organizace) sociálních služeb při vytváření plánu a vyjednávání o budoucí podobě služeb. Obce jsou pro KP klíčové, jsou přirozenými primárními aktéry pro rozvoj KP.

Při komunitním plánování se vychází z porovnání existující nabídky sociálních služeb se zjištěnými potřebami uživatelů a potenciálních uživatelů. Tyto potřeby se zjišťují aktivním vyhledáváním. Výsledek provedeného porovnání slouží jako podklad pro zformulování priorit v oblasti sociálních služeb.

Aby mohl být podpořen rozvoj těch potřebných druhů služeb, které nejsou zastoupeny vůbec nebo jen nedostatečně, a aby bylo možné dosáhnout uskutečnění zamýšlených kroků, je nutná **spolupráce všech zainteresovaných stran nejen ve fázi samotného plánování, ale i při uskutečňování navržených opatření.**

Společným cílem je zajistit dostupnost kvalitních sociálních služeb, které vycházejí ze zjištěných potřeb uživatelů a specifík místní komunity.

Komunitní plánování lze chápat také jako způsob zajištění dostupnosti kvalitních a potřebných sociálních služeb v daném regionu a rozhodování o podobě sociálních služeb na místní úrovni.

Bílá kniha v sociálních službách (2003) charakterizuje **komunitní plánování jako plánování zaměřené na obce umožňující vytvoření plánu rozvoje služeb pro komunitu samotnou komunitou.** Každý musí plnit svou úlohu – zřizovatelé, poskytovatelé a uživatelé služeb včetně jejich rodin. Tento způsob plánování respektuje a odráží odlišný charakter různých společenství.

Přirozené komunity vytvářejí lidé se svými rodinami, přáteli a sousedy. Výraz **komunita** je v Bílé knize v sociálních službách (2003) pracovníčně používán pro **označení přirozeného**

prostředí lidí. Komunita je zde vymezena prostředím, lidmi, mezilidskými vztahy a společnými zájmy.

Vzájemným působením uvedených prvků vzniká kvalita života v komunitě. Úroveň této kvality se stává základem pro spolupráci, které se účastní všichni ti, kteří do komunity patří a mají stejný záměr. Komunita je místo, které je definováno způsoby, kterými lidé zde žijící tráví svůj všední život a účastní se vzájemných sociálních vazeb. Místo, kde chodí nakupovat, do školy, do práce, kde se věnují volnočasovým aktivitám. Způsoby, jak veřejná doprava spojuje města a vesnice. Jaké a kde jsou místní instituce, které jsou stěžejní pro místní identitu a pro místní aktivity – to mohou být radnice, knihovna, sportovní klub, pěvecký sbor či například kostel.

1.2.1 Cíl komunitního plánování sociálních služeb

Cílem komunitního plánování sociálních služeb je:

- Posilovat sociální soudržnost komunity.
- Podporovat sociální začleňování jednotlivců i skupin a předcházet jejich sociálnímu vyloučení.

1.2.2 Hlavní principy komunitního plánování

Komunitní plánování vychází v podstatě z jednoho základního principu: **rozhodnutí, která ovlivňují určitou lokalitu a životy lidí, kteří v ní žijí, je nejlepší činit právě v této lokalitě.**

Mezi další principy komunitního plánování patří:

- **Partnerství mezi všemi účastníky.** Potřeby a cíle všech účastníků mají stejnou váhu. Názorům všech stran musí být dopřáno stejného prostoru.
- **Zapojování místního společenství.** Při zapojování místního společenství je nutné hledat různé metody a formy oslovení a zapojení tak, aby nabídka ke spolupráci byla srozumitelná (např. podle bydliště, způsobu života, zájmů, socioetnické příslušnosti

atd.). Nikdo nesmí být vylučován a diskriminován.

- **Hledání nových lidských a finančních zdrojů.** Nelze zapomínat na spolupráci s podnikateli, která může být oboustranně přínosná, na význam práce dobrovolníků, svépomocných skupin, domácích pečovatelů včetně sousedské výpomoci. Komunitní plánování sociálních služeb je jedním z nástrojů pro zlepšení kvality života v obci.
- **Práce s informacemi.** Je nezbytné zajistit rovný přístup k informacím uvnitř řídicí struktury a zajistit předávání informací veřejnosti. Budou-li informace pravidelně předávány, bude možné očekávat relevantní připomínky a podněty. Je nutné stanovit, jak bude možné vznášet připomínky a jak bude s připomínkami nakládáno.
- **Průběh zpracování komunitního plánu je stejně důležitý jako výsledný dokument.** Komunitní plán nezpracovává skupina expertů. Proces komunitního plánování znamená vyhledávání, zapojování a diskusi různých lidí. Tento proces umožňuje, aby navržený systém sociálních služeb byl jedinečný a neopakovatelný a plně odpovídal místním potřebám, podmínkám a zdrojům.
- **Zohlednění již vytvořené a osvědčené spolupráce.** Dobře fungující spolupráce může být inspirací pro ostatní účastníky KP. Prohloubení spolupráce mezi všemi účastníky přináší kvalitnější nabídku sociálních služeb.
- **Kompromis přání a možností.** Výsledkem komunitního plánování je vždy kompromisní řešení mezi tím, co chceme, a tím, co máme k dispozici. Možnosti v tomto případě nejsou pouze materiální, finanční a lidské zdroje, ale také dohoda vymezující, kdo a jak se bude na dosažení stanovených cílů KP podílet.

1.2.3 Fáze zpracování komunitního plánování

Vasková – Žežula (2002) vymezují následující fáze zpracování komunitního plánování.

Fáze komunitního plánování		
1.	S čím je třeba začít	<ul style="list-style-type: none">• zformování prvotní pracovní skupiny,• určení, koho je třeba do přípravy komunitního plánu zapojit, způsob oslovení a přizvání dalších účastníků pro získání politické podpory ze strany obce,• informační strategie.
2.	Vytvoření řídicí struktury pro komunitní	<ul style="list-style-type: none">• zapojení všech účastníků procesu,• vytvoření organizační a řídicí struktury pro zpracování komunitního plánu,

	plánování	<ul style="list-style-type: none"> • stanovení pravidel jednání řídicí struktury.
3.	Porozumění problémům v komunitě	<ul style="list-style-type: none"> • představení cílů, zájmů a potřeb všech účastníků, • vytvoření a zveřejnění mechanismů pro aktivní spoluúčasť veřejnosti, • provedení analýzy potřeb a zhodnocení existujících zdrojů, • zhodnocení silných a slabých stránek existujícího systému sociálních služeb, • vyjmenování příležitostí a rizik a nastínění trendů pro rozvoj sociálních služeb.
4.	Návrh rozvoje sociálních služeb	<p>Představa rozvoje sociálních služeb obsahuje zejména:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hlavní hodnoty, které tvoří její základ a které budou při zpracování komunitního plánu a jeho následném naplňování respektovány a dodržovány, • směr, kterým se budou sociální služby nadále ubírat, • cíl, kterého má být dosaženo, a priority a překážky, které bude nutné překonat, • regionální i nadregionální zdroje, kterých lze využít. <p>Představa rozvoje sociálních služeb je akceptována většinou účastníků komunitního plánování.</p>
5.	Strategie rozvoje sociálních služeb	<ul style="list-style-type: none"> • plán postupných kroků a úkolů k dosažení stanovených cílů a priorit, • systém sledování realizace komunitního plánu, • zpracování konečné verze komunitního plánu, • předložení textu komunitního plánu k připomínkování veřejnosti, • schválení komunitního plánu zastupitelstvem.
6.	Od plánování k provádění	<ul style="list-style-type: none"> • uskutečňování plánu, • informování veřejnosti o uskutečňování komunitního plánu, • průběžné vyhledávání a zapojování nových partnerů, • nástroje umožňující provést změny v původním komunitním plánu.

Bílá kniha v sociálních službách (2003) popisuje **3 etapy procesu tvorby komunitního plánu:**

1. etapa: popisná

Lze ji vyjádřit otázkou „Kde jsme nyní?“. **Zahrnuje popis charakteristiky lokality** (její demografii, geografii, způsoby komunikace, charakter místního hospodářství) a **současný způsob poskytování sociálních služeb**, které jsou **aktuálně k dispozici v dané lokalitě** (množství služeb a cílové skupiny uživatelů). Nezáleží přitom na tom, kdo vlastní a kdo poskytuje služby.

2. etapa: analytická

Můžeme ji vyjádřit otázkou „Kam chceme dospět?“ Jde o **analýzu získaných dat**.

3. etapa: příprava akčního plánu k dosažení rozvoje místních služeb

Charakterizuje ji otázka “Jak tam dospějeme?“ Místní služby by měly uspokojovat lokální potřeby způsobem, který je v souladu se státní a regionální politikou. **Zahrnuje hodnocení úrovně, jak současné služby úspěšně uspokojují potřeby a hodnocení stupně, v jakém jsou nezbytné změny. Zahrnuje také hodnocení toho, jaké zdroje jsou k dispozici.** Tato etapa také obsahuje **rozhodování o pořadí priorit** (vše nejde uskutečnit najednou).

1.2.4 Výsledek komunitního plánování

Výsledkem komunitního plánování je zejména systém sociálních služeb na místní úrovni, který odpovídá zjištěným místním potřebám, reaguje na lokální odlišnosti a zajišťuje, že finanční prostředky na služby vynakládané jsou efektivně využívány.

1.2.5 Přínos komunitního plánování pro obec

- Zapojuje všechny účastníky systému sociálních služeb (tedy uživatele, poskytovatele i zadavatele) do přípravy a uskutečňování plánu sociálních služeb a zvyšuje tak podíl občanů na rozhodovacím procesu o způsobu jejich zajišťování, legitimizuje rozhodování řídicích a zastupitelských orgánů a zvyšuje míru zapojení občanů do dění v obci.
- Podporuje dialog a spolupráci mezi obyvateli, zvyšuje pocit příslušnosti ke komunitě a umožňuje objevovat nové lidské i materiální zdroje.
- Umožňuje obcím sdružovat stávající zdroje, zvyšuje efektivitu jejich využití.
- Zvyšuje dostupnost a kvalitu sociálních služeb a rozšiřuje jejich nabídku, zajišťuje, aby sociální služby odpovídaly zjištěným místním potřebám, reagovaly na lokální odlišnosti.

- Zvyšuje efektivitu investovaných finančních prostředků, protože je vynakládá jen na takové služby, které jsou potřebné.

1.3 KOMUNITNÍ PLÁN

- je to prostředek, kterým místní komunity ovlivňují regionální, státní politiku a priority,
- je ovlivněn státní a regionální politikou a prioritami,
- může napomoci identifikovat, kde je třeba nové politiky a priorit,
- může přispívat k rozvoji regionálních plánů sociálního a hospodářského rozvoje,
- může být využit na podporu žádostí o příspěvky ze strukturálních fondů,
- může napomoci přehledně mapovat toky finančních zdrojů a efektivně je využívat (podporuje takové sociální služby, které odpovídají místním potřebám).

1.3.1 Zásady při zpracování komunitního plánu

Při zpracování komunitního plánu je třeba dodržovat následující zásady:

- Potřeby, priority a směry rozvoje sociálních služeb musí být stanoveny občany, kteří v obci žijí.
- Veškeré činnosti na místní úrovni během přípravy i při naplňování plánu musí být provázány.
- Zkvalitňování sociálních služeb musí být považováno za žádoucí a důležitou součást místní politiky.
- Priority a směry rozvoje sociálních služeb vycházejí z přesvědčení o jedinečnosti, hodnotě, vrozené důstojnosti a právu na sebeurčení každého uživatele sociálních služeb.

1.3.2 Obsah komunitního plánu

Komunitní plán by měl obsahovat:

- **Popis a analýzu existujících zdrojů** (soupis a popis státních, obecních i nestátních poskytovatelů sociálních služeb a souvisejících služeb - zejména: zdravotnictví, školství, pracovní příležitosti, volný čas, možnosti práce dobrovolníků, možnosti sousedské výpomoci).

- **Statistické, sociologické, demografické údaje** apod. (např. věkové složení obyvatel regionu, porodnost a úmrtnost, prognózy demografického vývoje).
- **Popis a analýzu existujících přání a potřeb obyvatel** v oblasti sociálních služeb.
- **Představu budoucnosti sociálních služeb** - stanovení priorit a cílů rozvoje služeb.
- **Časový plán postupu prací a zásady**, které je třeba při zpracování a naplňování plánu dodržet.
- **Způsob, jakým budou jednotliví účastníci na místní úrovni zapojeni do vytváření a naplňování komunitního plánu** - stanovení podílů odpovědnosti a závazků jednotlivých účastníků.
- **Způsob, jakým bude komunitní plán sledován, vyhodnocován a případně měněn.**

Dobře zpracovaný komunitní plán:

- Je výsledkem vyjednávání mezi všemi účastníky procesu.
- Je naplňován v rámci širokého partnerství v komunitě.
- Odpovídá místním podmínkám a potřebám.
- Stanoví krátkodobé i dlouhodobé cíle a priority rozvoje sociálních služeb.
- Mapuje všechny veřejné, soukromé i dobrovolné subjekty z hlediska aktivit, které směřují k naplnění vytyčených cílů.
- Obsahuje systém sledování a hodnocení postupu a průběžného podávání zpráv veřejnosti.

1.3.3 Účastníci komunitního plánování a komunitního plánu

➤ Zpracovatel

Zpracovatel vede (koordinuje) proces komunitního plánování a průběžně zpracovává dílčí písemné výstupy včetně konečné podoby komunitního plánu.

V praxi mohou být použity následující možnosti:

- zpracovatel komunitního plánování je obec/kraj - odborník na komunitní plánování je zaměstnancem obce/kraje
- zpracovatel komunitního plánování je obcí/krajem pověřený subjekt - např. nestátní nezisková organizace. V takovém případě musí být role a spoluúčast obce/kraje předem dohodnuta. Zejména je stanoveno, jak se obec/kraj procesu zpracování

komunitního plánu účastní, že proces akceptuje a rozhoduje v souladu se závěry komunitního plánování.

Vztah mezi komunitním plánováním obce a komunitním plánováním kraje

V ideálním případě komunitní plánování kraje vychází z již dokončených komunitních plánování obcí a je zaměřen především na služby, které doplňují služby poskytované obcemi. Služby zajišťované krajem mají širší, regionální působnost. Probíhá-li zpracování KP kraje a obce paralelně, je nutné zajistit oboustranné předávání a sdílení informací.

➤ Zadavatel

Zadavatel je ten, kdo je odpovědný za zajištění sociálních služeb, které odpovídají místním potřebám (obec nebo kraj).

Zastupitelé jako volení reprezentanti veřejnosti vytvářejí podpůrné politické klima pro realizaci komunitního plánu. Je velmi důležité, aby obec usnesením zastupitelstva deklarovala své odhodlání rozvíjet sociální služby, které se tak stane:

- projevem politické vůle v obci/kraji,
- potvrzením legitimacy komunitního plánování,
- zárukou pro zapojení dalších účastníků.

Obec/kraj:

- vytváří příležitosti pro dlouhodobé zapojování a spolupráci občanů,
- je aktivní v rozšiřování řady metod řízení a plánování sociálních služeb a jejich koordinace s ostatními veřejnými službami,
- podporuje spoluúčasť občanů na rozhodovacím procesu o sociálních službách,
- zveřejňuje od prvopočátku srozumitelnou a dostupnou formou všechny podstatné informace o procesu i výsledcích komunitního plánování,
- respektuje při svém rozhodování o sociálních službách cíle a priority stanovené v komunitním plánování,
- stanoví jasná pravidla financování sociálních služeb, které odpovídají prioritám komunitního plánování.

Zadavatelem Projektu komunitního plánování sociálních služeb Libereckého kraje je v tomto případě Liberecký kraj. Realizátorem projektu je Technická univerzita v Liberci, Fakulta pedagogická, Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky.

➤ **Poskytovatel**

Poskytovatel sociálních služeb může být: fyzická osoba, nestátní nezisková organizace, organizace zřízená obcí, organizace zřízená krajem, organizace zřízená státem.

Všichni poskytovatelé mají při komunitním plánování rovné postavení. Jejich cíle a záměry mají stejnou váhu.

➤ **Uživatel**

Uživatel sociálních služeb je člověk v aktuální nepříznivé sociální situaci, který využívá sociálních služeb k řešení této situace.

Cíle a záměry uživatelů mají při komunitním plánování stejnou váhu jako cíle a záměry zadavatelů a poskytovatelů. Vyhledávání, oslovování a zapojování uživatelů do práce na komunitním plánu je nenahraditelná možnost, jak zjistit potřeby v sociálních službách, jak získat informace o kvalitě poskytovaných služeb, jak objevit existující mezery v jejich nabídce a jak objevit nové zdroje pro uspokojování potřeb (např. svépomocné aktivity).

➤ **Potenciální uživatel**

Potenciální uživatel sociálních služeb je člověk, který se sice aktuálně nenachází v nepříznivé sociální situaci, ale může potencionálně (v budoucnu) využití sociálních služeb potřebovat (tj. může se v budoucnu nacházet v nepříznivé sociální situaci).

Zapojí-li se uživatel (popř. potenciální uživatel) i poskytovatel do komunitního plánování, získá tím:

- Možnost podílet se na utváření celkového systému sociálních služeb.
- Příležitost prosazovat vlastní zájmy a cíle.
- Příležitost k navázání nové spolupráce.
- Informace o aktivitách, potřebách a trendech v oblasti sociálních služeb.

➤ **Veřejnost**

Široká veřejnost musí být průběžně seznamována se záměry, výsledky a cíli komunitního plánu.

Je žádoucí, aby se širší veřejnost aktivně účastnila od samého počátku procesu komunitního plánování (např. zapojením se do průzkumu nebo do veřejných setkání, jejichž cílem je zjistit potřeby uživatelů, popř. potenciálních uživatelů).

➤ **Další organizace**

Při přípravě komunitního plánu jsou osloveny a vyzvány ke spolupráci další místní organizace i zájmové skupiny, kterých se poskytování sociálních služeb dotýká (např. veřejné instituce, nemocnice, úřad práce, školy, policie), ale také občanské iniciativy, etnické skupiny včetně skupin, se kterými je obtížná komunikace.

Čím vyšší je míra zapojení dalších organizací, která se liší podle jejich dalšího podílu na naplňování priorit a cílů komunitního plánu, tím vyšší je efektivita procesu komunitního plánování.

2 STANDARDY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Vzhledem k tomu, že v oblasti sociálních služeb dochází v posledních letech k výrazným změnám, zejména v přístupu k uživatelům sociálních služeb a v používaných metodách sociální práce, MPSV reaguje na tyto posuny pomocí systémových změn, které zajišťují poskytování kvalitních služeb v souladu se současnou úrovní poznání.

Požadavky na kvalitu poskytování sociálních služeb jsou stanoveny v podobě standardů kvality. Vznikly v letech 1999 - 2002 ve spolupráci s uživateli a poskytovateli sociálních služeb na základě široké a dlouhodobé diskuse. Lze je považovat za všeobecně přijatou představu o tom, jak má vypadat kvalitní sociální služba.

MPSV vydalo v roce 2002 potřebnou publikaci **Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe** (Průvodce poskytovatele). Cílem této publikace je seznámit odbornou veřejnost a uživatele sociálních služeb s prvním a v současné době nejdůležitějším nástrojem k zajištění kvality v sociálních službách. MPSV vnímá vytvoření a publikování tohoto materiálu jako první klíčový krok ke zkvalitnění a zefektivnění sociálních služeb.

Vytvoření standardů má především význam pro zlepšení úrovně a efektivity sociálních služeb.

2.1 ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA STANDARDŮ KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Ve standardech je kladen důraz na uživatele a jejich rodiny. Zaměřují se na výstupy, které musejí být poskytovány, nikoli na vstupy. Mají být aplikovány na všechny typy služeb a na všechny poskytovatele.

Standards jsou tedy orientovány na uživatele, a to na jejich:

- důstojnost,
- rozvoj nezávislosti a autonomie,
- vlastní volbu,
- účast na běžném životě v přirozeném sociálním prostředí,
- respekt k jejich přirozeným i občanským právům.

Bílá kniha v sociálních službách (2003) uvádí **záruky, které standardy poskytují:**

- **záruky uživatelům služeb a jejich rodinám** v tom, co mohou očekávat od poskytovaných služeb a od personálu v sociálních službách, se kterým se setkávají,
- **záruky poskytovatelům**, kteří mají záruku, že stejné standardy se vztahují na všechny poskytovatele služeb, a že se jim dostane nezávislého hodnocení úrovně kvality služeb, které poskytují.

Pochopení principů standardů umožní poskytovatelům začít s žádoucími změnami ve službách ještě předtím, než dojde k jejich právnímu zakotvení.

Standards popisují, jak má vypadat kvalitní sociální služba a současně slouží jako indikátor k posuzování toho, do jaké míry se praxe (to, jak je služba poskytována) blíží stanovenému standardu.

Standards jsou souborem měřitelných a ověřitelných kritérií. Jejich smyslem je umožnit **průkazným způsobem posoudit kvalitu poskytované služby.**

Standards jsou **přínosem jak pro poskytovatele, tak i uživatele služeb.**

Standards mají význam především pro zlepšení úrovně a kvality sociálních služeb. Jsou to veřejně dostupné dokumenty.

Očekává se, že zavádění standardů přispěje ve svém důsledku k poskytování pomoci a podpory uživatelům **podle jejich skutečných potřeb**, nikoli plošně všem ve stejném množství a stejným způsobem. Očekávaným výsledkem těchto změn je **zvýšení efektivity využití prostředků vynaložených na sociální služby**. To by mělo vést **k rozvoji alternativních sociálních služeb a ke snížení počtu čekatelů na ústavní péči**. Sociální služby se pak stanou opravdu veřejnou službou, která je **včas dostupná všem**, kdo ji potřebují.

Podstatným rysem standardů je jejich obecnost. Jsou použitelné pro všechny druhy sociálních služeb.

K vysoké míře obecnosti vedla MPSV snaha neomezit stávající druhy sociálních služeb administrativním členěním a umožnit dosáhnout stanovených požadavků i malým a začínajícím zařízením, která pružně reagují na aktuální potřeby uživatelů vytvářením nových druhů služeb.

Obecnost kritérií je nezbytná proto, aby standardy byly použitelné pro jakoukoli sociální službu bez ohledu na její charakter, velikost či právní formu zařízení. Takto formulované standardy předpokládají, že poskytovatelé sociálních služeb sami definují důležitá kritéria ve své dokumentaci - např. cíle služeb, poslání, cílová skupina uživatelů, kapacita, postupy, jak zajistit dodržování práv uživatelů vlastních služeb, způsoby a principy poskytování služeb a další vnitřní pravidla. Tento typ dokumentace spolu s dokumentací o tom, jak poskytování služby probíhalo (zápisy mimořádných událostí, individuální plány, dohody o poskytování služby a jejich evidence atd.), jsou důležitým zdrojem informací pro hodnocení kvality služeb.

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

V případě sociálních služeb, které patří k veřejným službám, se **kvalita musí odvíjet od uspokojení potřeb a zájmů nejenom samotných uživatelů služeb, ale i zájmů zadavatelů služeb, tedy těch subjektů, které služby objednávají a platí z veřejných zdrojů** - např. obec či stát.

Kvalita sociálních služeb je popsána prostřednictvím souboru kritérií (vlastností a charakteristik), o nichž se předpokládá, že ovlivňují schopnost služeb naplnit zájmy a potřeby obou uvedených zájmových skupin - uživatelů i zadavatelů.

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

Snahou MPSV bylo v tomto směru vytvořit takový soubor kritérií, s jejichž pomocí bude možno poznat, zda služby podporují osobní růst a nezávislost uživatele.

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

Předkládaná podoba standardů odpovídá současné úrovni poznání a současným požadavkům na dobrou sociální službu. Je známo, že nároky na kvalitu ze strany uživatelů neustále rostou. MPSV proto nebere předkládanou podobu standardů jako konečnou a neměnnou, ale počítá s přehodnocením současné úrovně.

Pro praktické použití standardů je třeba požadavkům především porozumět. V mnohých oblastech lze začít se zvyšováním kvality ihned bez dodatečných finančních prostředků.

Zavedení standardů do praxe na celonárodní úrovni umožní porovnávat efektivitu jednotlivých druhů služeb, které pomáhají lidem řešit stejný typ nepříznivé sociální situace, i **efektivitu různých zařízení**, která poskytují stejný druh služby. To bude mít velký význam pro ty instituce, které sociální služby financují - místní samosprávy, stát, sponzoři atd., a především pro samotné uživatele.

Vytváření podmínek pro zajištění kvality úzce navazuje na reformu veřejné správy, jejíž podstatou je převedení kompetencí na nižší úrovně (kraje, obce, nestátní sektor). V této situaci je třeba **vytvořit mechanismy**, které zajistí **bezpečnost, odbornost a dostupnost sociálních**

služeb. Tímto mechanismem by se mělo stát objektivní hodnocení **kvality poskytovaných služeb – inspekce.** Standardy budou sloužit jako měřítko pro hodnocení kvality.

Nejvýznamnějším ukazatelem při hodnocení služeb je ale to, jak se poskytovaná služba promítá do života lidí, kteří je využívají.

Uživatel služby spolu s pracovníkem zařízení definují cíl, k jehož dosažení má poskytování služby směřovat. Ve standardech se tento cíl nazývá „**osobní cíl**“ a může jím být např. možnost chodit do práce nebo do školy, zůstat ve vlastním domácím prostředí, vychovávat vlastní děti, mít kde přespat a najít si vlastní bydlení apod. Spokojenost uživatelů s naplňováním jejich „osobního cíle“ za pomoci služby je posuzována na základě dvou základních prvků – spokojenosti s výsledkem služby a spokojenosti s procesem jejího poskytování. Kritéria uvedená ve standardech se proto zaměřují jak na výsledek (naplnění cílů služeb, potřeb uživatelů apod.), tak na proces (plánování průběhu služeb, jednání se zájemcem o službu, způsob vyřízení stížností, dodržování práv apod.).

Přestože standardy jsou určeny pro všechny druhy služeb, největší význam budou mít pro **ústavní zařízení.**

Zavádění standardů, které jsou orientovány na podporu nezávislosti na sociální službě, přispěje ve svém důsledku k poskytování pomoci a podpory uživatelům podle jejich skutečných potřeb, nikoli plošně všem ve stejném množství a stejným způsobem. Očekávaným výsledkem těchto změn je zvýšení efektivity využití prostředků vynaložených na sociální služby. To by mělo vést k rozvoji alternativních sociálních služeb a snížení počtu čekatelů na ústavní péči. Sociální služby se pak stanou opravdu veřejnou službou, která je včas dostupná všem, kdo ji potřebují.

2.2 STRUKTURA STANDARDŮ

Standardy musí být měřitelné. **Úvodní věta standardu vyjadřuje normu, jak má kvalitní sociální služba v určitém ohledu vypadat.** Pokud takto formulovaný standard nelze měřit, je dále rozložen na kritéria, která jsou měřitelná a lze podle nich poměřit míru naplňování standardů.

Jednotlivé standardy jsou dále strukturovány na kritéria.

Kritéria slouží k větší srozumitelnosti standardů a k posouzení, zda dané služby požadavek standardu splňují.

Kritéria jsou měřitelná – lze na ně jednoznačně odpovědět.

Na kritéria lze jednoznačně odpovědět. Kritérium X plníme zcela, neboť...

Kritérium Y plníme jen částečně, protože...

Měřitelnost kritérií je důležitá pro:

- poskytovatele, které zajímá kvalita vlastních poskytovaných služeb (lze ji zjistit na základě sebehodnocení),
- vnější hodnotitele sociálních služeb, tj. pro ty, kteří dané sociální služby využívají – uživatelé služeb nebo jejich blízcí, popř. ti, kteří poskytnou danému zařízení finanční prostředky a chtějí, aby byly použity na poskytnutí kvalitních služeb.

Porovnáním kritérií se skutečností lze zjistit, co je v zařízení v pořádku (resp. co je kvalitní) a co je třeba změnit.

Standardy kvality sociálních služeb jsou souborem kritérií, jejichž prostřednictvím je definována nezbytná úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personální, procedurální a provozní.

Průvodce poskytovatele (2002) dále uvádí u každého kritéria „Nejčastější omyly“ při jejich naplňování.

Vodítka k důkazům, že jsou jednotlivá kritéria splněna, nalezneme v Průvodci poskytovatele (2002) v části nazvané „Jak rozpoznat naplňování kritérií?“

Standardy i kritéria jsou pro lepší orientaci číslovány. Standardy mají pořadová čísla 1 - 17. U kritérií odpovídá první číslice pořadovému číslu standardu, ke kterému patří, druhá číslice za tečkou je pořadovým číslem kritéria v daném standardu.

Standardy jsou rozděleny dále do tří základních částí.

➤ **Procedurální standardy (1 - 8):**

Patří k nejdůležitějším. Stanovují postupy pro poskytování kvalitní sociální služby.

Standard 1: Cíle a způsoby poskytování služeb

Standard 2: Ochrana práv uživatelů

Standard 3: Jednání se zájemcem o službu

Standard 4: Dohoda o poskytování služby

Standard 5: Plánování a průběh služby

Standard 6: Osobní údaje

Standard 7: Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociálních služeb

Standard 8: Návaznost na další zdroj

➤ **Personální standardy (9 - 11):**

Jsou zaměřeny na personální zajištění služeb.

Personální standardy vycházejí z toho, že kvalita služby je přímo závislá na pracovnících – na jejich dovednostech a vzdělání, vedení a podpoře, na podmínkách, které pro práci mají.

Standard 9: Personální zajištění služeb

Standard 10: Pracovní podmínky a řízení poskytování služeb

Standard 11: Profesionální rozvoj pracovníků a pracovních týmů

➤ **Provozní standardy (12 - 17):**

Definují podmínky pro poskytování sociálních služeb.

Standard 12: Místní a časová dostupnost služby

Standard 13: Informovanost o službě

Standard 14: Prostředí a podmínky poskytování služeb

Standard 15: Nouzové a havarijní situace

Standard 16: Zajištění kvality služeb

Standard 17: Ekonomika

Výzkum, který následuje, dále mapuje zejména naplnění standardů 13 a 14. Tyto standardy jsou charakterizovány následujícím způsobem.

2.2.1 STANDARDY 13 A 14

2.2.1.1 STANDARD 13 – INFORMOVANOST O SLUŽBĚ

Zařízení zpřístupňuje veřejnosti informace o poslání, cílech, principech a cílové skupině uživatelů služeb a další informace, které usnadní orientaci pro zájemce o služby a jiné subjekty a tím přispějí k dostupnosti služeb.

Kritéria:

- 13.1 Zařízení má zpracován soubor informací o své službě, který je dostupný veřejnosti, a to ve formě odpovídající potřebám a možnostem cílové skupiny (písemná podoba, audio nebo video záznam, webové stránky, speciální podoby dokumentů pro lidi se speciálními potřebami v oblasti komunikace a porozumění).**
- 13.2 Veřejně přístupný soubor informací obsahuje zejména následující informace: oficiální název zařízení nebo poskytovatele, právní formu, IČO, statutárního zástupce a zodpovědného pracovníka, adresu sídla poskytovatele a místo poskytování služby, telefonické spojení, poslání, cíle služby a principy jejich dosahování, označení cílové skupiny uživatelů, podmínky pro poskytování služby, kapacitu zařízení, cenu služby pro uživatele.**
- 13.3 Zařízení vydává a zveřejňuje výroční zprávu o své činnosti.**

2.2.1.2 STANDARD 14 – PROSTŘEDÍ A PODMÍNKY POSKYTOVÁNÍ SLUŽEB

Prostředí a podmínky v zařízení odpovídají kapacitě, charakteru služeb a potřebám uživatelů. Zařízení dbá na to, aby byly plněny všechny platné obecně závazné normy související s poskytováním sociálních služeb.

Kritéria:

- 14.1 **Prostředí a vybavení zařízení** (zejména bezbariérovost, možnost soukromí, sociální zařízení, světelná a tepelná pohoda, kompenzační zařízení a pomůcky) **odpovídají kapacitě, charakteru poskytované služby, potřebám a zájmům uživatelů.**
- 14.2 **Prostory zařízení, kde je služba poskytována, jsou čisté, upravené, bez biologických či chemických zápachů.**
- 14.3 **Zařízení vytváří podmínky pro to, aby prostory pro poskytování služeb odpovídaly platným obecně závazným normám.**
- 14.4 V případě potřeby vydává a uplatňuje vnitřní pravidla, s nimiž jsou seznámeni uživatelé i pracovníci zařízení.

3 PROJEKT KOMUNITNÍHO PLÁNOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB LIBERECKÉHO KRAJE

První fáze projektu „Komunitní plánování sociálních služeb Libereckého kraje“ se začala realizovat od 30. 6. 2003. Ukončení této fáze se předpokládá v červnu 2004.

Zadavatelem projektu „Komunitní plánování sociálních služeb Libereckého kraje“ je Liberecký kraj a **realizátorem** projektu je Technická univerzita Liberec, Fakulta pedagogická (resp. Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky). Zadavatel a realizátor projektu se dohodly formou smlouvy na spolupráci v rámci tohoto projektu. Předmětem smlouvy jsou činnosti spojené s komunitním plánováním sociálních služeb v pilotních **regionech Semilsko, Turnovsko a Jilemnicko.**

Na projektu se dále podílejí **poskytovatelé, uživatelé a potenciální uživatelé sociálních služeb.** Aktivně jsou zapojeni do projektu, zejména do sociální analýzy, také studující bakalářského studijního oboru sociální péče, kteří studují souběžně se svým zaměstnáním kombinací prezenční a distanční formy studia. Mají tak prostor propojit své teoretické znalosti s praktickými dosavadními zkušenostmi a osvojit si další vědomosti a dovednosti v tomto oboru. *Předložená bakalářská práce zpracovává dílčí výzkum projektu.*

Projekt „Komunitní plánování sociálních služeb“ zahrnuje první fázi komunitního plánování,

a to **projekt sociální analýzy** ve výše uvedených regionech.

Sociální analýza obsahuje:

➤ **Sociální výzkum zjišťující:**

- Informovanost o sociálních službách a službách s nimi souvisejícími.
- Přání a potřeby v oblasti sociálních služeb.

Toto je i cílem bakalářské práce.

Výzkum v rámci celého projektu probíhal u vybraných skupin respondentů, a to v rámci jednotlivých výše uvedených regionů:

- u uživatelů sociálních služeb pro seniory a pro zdravotně postižené,
- potencionálních uživatelů,
- vedení sociálních a zdravotně sociálních zařízení pro seniory a zdravotně postižené uživatele,
- vedení škol a školských zařízení,
- v oblasti zdravotnictví,
- u starostů obcí.

Výzkum prezentovaný v rámci praktické části bakalářské práce probíhal u skupiny respondentů – potenciálních uživatelů a u respondentů pracujících ve zdravotnictví (lékařů a středního zdravotnického personálu), a to v regionu Turnovko, resp. přímo ve městě Turnov či v jeho spádových obcích.

V následující fázi v rámci projektu je možné na základě výsledku výzkumu zpracovat **informační materiál o existujících sociálních službách s údaji**, které se opírají o Standardy kvalit (2002).

Lze předpokládat, že informovanost o sociálních službách u uživatelů a zejména potencionálních uživatelů spádových obcí jednotlivých regionů bude na nižší úrovni než u uživatelů a potencionálních uživatelů měst. Z tohoto důvodu je projekt (resp. průzkum) zaměřen **nejen na města, ale i na spádové obce.**

Metodologicky je výzkum založen především na řízeném rozhovoru (viz dále).

Po zpracování výzkumných dat by mělo dojít prostřednictvím sociálně analytické studie k lepší informovanosti veřejnosti o sociálních službách, k objektivizaci potřeb poskytovatelů a uživatelů, ke zkvalitnění a efektivnímu plánování sociálních služeb v daných pilotních regionech.

Cílem předem připravené informační strategie je zajistit přístup široké veřejnosti k informacím, a to v podobě uceleného tištěného informačního materiálu.

III PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍL PRAKTICKÉ ČÁSTI

Cílem praktické části byl výzkum, resp. **sociální analýza**, která byla zaměřena na zjištění především dvou aspektů. **Jednak se jednalo o informovanost o sociálních službách a službách s nimi souvisejícími a dále o zjištění přání a potřeb v oblasti sociálních služeb**, a to u **dvou skupin respondentů** (*viz dále – Popis zkoumaného vzorku*).

Průzkum probíhal v Turnově, a to v době od začátku listopadu 2003 do konce prosince 2003.

5 POPIS ZKOUMANÉHO VZORKU

5.1 POPIS POTENCIÁLNÍCH UŽIVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Za pojem **potencionální uživatel** je v této bakalářské práci a celém projektu považován občan, v současné době nevyužívající sociální nebo zdravotně sociální zařízení či služby, u něhož lze předpokládat, že jich v průběhu života využije pro sebe nebo osoby blízké.

Respondenti byli oslovováni a získáváni ke spolupráci různě. Část respondentů jsou pacienti naší ordinace (pracuji jako zdravotní sestra u praktického lékaře), zbylou část respondentů jsem získala od známých či příbuzných těchto pacientů, popř. od zcela náhodných osob, se kterými jsem se kontaktovala. Spolupráce s těmito respondenty byla celkem dobrá, setkávala jsem se převážně s ochotou exploraci provést.

Celkový počet těchto respondentů byl na Turnovku **179**. Z nich bylo 41 osob (23%) přímo z města Turnov, ostatní bydlí v okolních obcích (77%). **Průměrný věk** respondentů z Turnova je **54 let** s rozpětím **25 až 82 roků**. Průměrný věk respondentů z **okolních obcí** je **43 let** s rozpětím **18 až 79 roků**.

139 (78%) z celkového počtu respondentů **má děti**, 79 (44%) z celkového počtu respondentů **má rodiče v důchodovém věku a 65 (36%) z celkového počtu respondentů má osobní zkušenosti s péčí o zdravotně postiženého příbuzného.**

80% respondentů má tedy rodiče v důchodovém věku nebo osobní zkušenost s péčí o zdravotně postiženého příbuzného (případně, v 17% případů, obě možnosti zároveň).

5.2 POPIS ZDRAVOTNICKÉHO PERSONÁLU

Celkem bylo dotazováno 24 respondentů - zdravotního personálu. 23 z nich (tj. 96%) jsou praktičtí lékaři pro dospělé v Turnově (celkem na Turnovsku působí 27 praktických lékařů pro dospělé), 1 lékař pracuje v nemocnici Turnov (4%). 21 praktických lékařů (91%) působí v Turnově, 2 praktičtí lékaři (9%) jsou z okolních obcí.

Dotazován byl v 9 případech (38%) lékař a v 15 případech (62%) střední zdravotní personál.

Vzhledem k tomu, že již přes 20 let pracuji ve zdravotnictví, nebyl pro mne problém oslovit lékaře a střední zdravotnický personál. Zejména u lékařů mi však bylo jasně dááno najevo, že v případě, že bych nebyla zdravotní sestra, na exploraci by pravděpodobně nespolupracovali. O sociální problematiku většina z nich nejevila žádný, popř. jen malý zájem.

6 POPIS METODIKY ZÍSKÁVÁNÍ A ZPRACOVÁNÍ DAT

6.1 POPIS METODIKY ZÍSKÁVÁNÍ DAT

Původně byl vytvořen k získávání dat **nestandardizovaný dotazník**. Vzhledem k tomu, že výzkum byl proveden u různorodých skupin respondentů a data byla získávána přímým kontaktem s respondentem, nebyl nakonec dotazník použitý.

Pro výzkum jsme sice i nadále ponechali exploraci, ale zvolili jsme metodu **řízeného rozhovoru**. Řízený rozhovor vycházel z podkladů původních nestandardizovaných dotazníků.

Důvody, které nás vedly ke změně metodiky, byly následující:

- 100% návratnost (u dotazníků se návratnost často pohybuje maximálně kolem 40 %),
- přímý kontakt s respondentem umožňuje dodatečná upřesnění, zodpovězení dotazů apod.
- velká variabilita skupin respondentů,
- řízený rozhovor stejně jako dotazník umožňuje také srovnatelnost výsledků.

Řízený rozhovor byl rozdělen na tři části. V první části se jednalo o zjišťování tzv. tvrdých dat, ve druhé části (A) o zjištění míry informovanosti o sociálních službách a ve třetí části se jednalo o zjišťování potřeb a aktuálního stavu sociálních (resp. zdravotně sociálních) služeb (část B). Záznam řízeného rozhovoru byl prováděn do jednotného záznamového formuláře, který byl pak použitý v rámci statistického zpracování dat.

Záznamové formuláře jsou v příloze č. 1. a 2.

6.2 POPIS METODIKY ZPRACOVÁNÍ DAT

Metody statistického vyhodnocení dat samozřejmě zohledňují **typ zjišťovaného statistického znaku** a dále **četnost daného znaku** v rámci jedné konkrétní statistiky.

Ve výzkumu se objevují v převážné většině **kvalitativní (slovní)** proměnné, v ojedinělých případech bylo v zájmu interpretovatelnosti využito i proměnných **kvantitativních (číselných)**, a to prostřednictvím **bodovatelných hodnotících škál**.

Kvalitativní statistiky lze rozdělit na **jednočetné**, kde respondent volí jednu z možných odpovědí a **vícečetné**, kde respondent volí libovolný počet z určité množiny znaků, která je někdy navíc doplněna otevřenou odpovědí a tvoří tedy **neohrazenou množinu možností výběru**.

Vyhodnocení dat využívá metod **deskriptivní (popisné) statistiky** ve všech souborech respondentů. V souboru „Zdravotnictví“ bylo dosaženo prakticky **vyčerpávajícího šetření, tj. charakteristiky celého základního souboru**.

V souboru potenciálních uživatelů sociálních služeb se převážně jedná o **charakteristiku výběrového souboru**.

Pro popis kvalitativních statistických znaků s jednočetnou odpovědí bylo použito **tabulek relativních četností** s údajem o rozsahu výběrového souboru, jenž vzájemně poskytují i vyjádření absolutních četností. Tabulku vždy doplňuje tzv. **koláčový graf**, který nejlépe znázorňuje proporce rozdělení četností. **Nulové hodnoty** byly v koláčových grafech pro větší názornost a přehlednost **vynechány**.

Vícečetná varianta odpovědí je reprezentována podobně konstruovanými **Pareto-tabulkami**, u nichž však relativní četnost vyjadřuje **podíl nositelů daného statistického znaku** ve vyšetřovaném souboru – součet relativních četností bude proto nejčastěji vyšší než 1. Ze stejného důvodu není možné použití koláčového grafu a pro znázornění výsledků byl proto zvolen **histogram četností**. Hodnoty četností jsou seřazeny od nejvyšších k nejnižším, tedy **od nejčastěji zastoupeného znaku po nejméně zastoupený znak**. Následuje **rozběr závažnosti**, což uživateli analýzy umožňuje lepší orientaci ve výsledcích.

Zpracování kvantitativních proměnných bylo provedeno jednak **aritmetickým průměrem** bodových hodnot individuálních škál a jednak pomocí **směrodatné odchylky** pro účely zjištění alespoň základní **míry variability** v souboru. Grafické znázornění využívá obě pozorované charakteristiky - aritmetického průměru i pásma variability (*podrobnější popis viz příslušné grafy*).

7 ZÍSKANÁ DATA A JEJICH INTERPRETACE

7.1 VÝSLEDKY U POTENCIÁLNÍCH UŽIVATELŮ

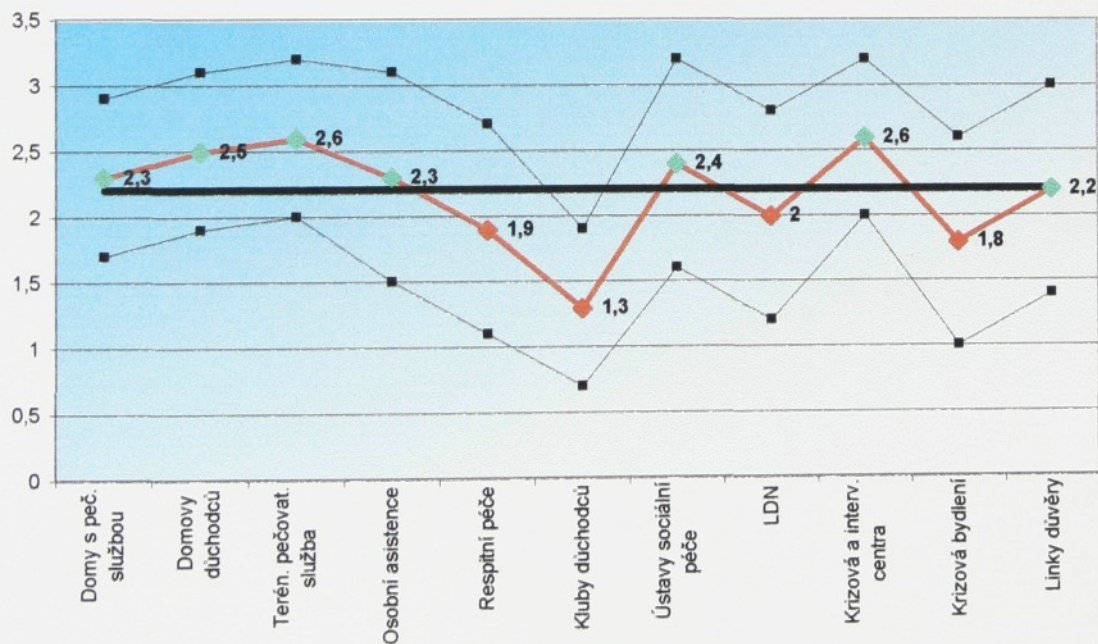
7.1.1 Analýza informovanosti

Tabulka č.1: Míra informovanosti o sociálních službách

Sociální služba	Prům.hodnocení	Směrodat .odch.	Nezajímá se (%)
Domy s peč. službou	2,3	0,6	2,8
Domovy důchodců	2,5	0,6	1,1
Terén. pečovat. služba	2,6	0,6	2,2
Osobní asistence	2,3	0,8	1,7
Respitní péče	1,9	0,8	5,6
Kluby důchodců	1,3	0,6	8,4
Ústavy sociální péče	2,4	0,8	5
LDN	2	0,8	3,9
Krizová a interv. centra	2,6	0,6	1,7
Krizová bydlení	1,8	0,8	4,5
Linky důvěry	2,2	0,8	3,4
Celková informovanost	2,2	-	-

n = 179

Graf č. 1: Míra informovanosti o sociálních službách



Pozn:

- 1) datové řady označené černou barvou znázorňují pásmo ohraničené směrodatnou odchylkou, přičemž čím **širší** je toto **pásmo**, tím **vyšší** byla **různorodost v odpovědích**.
- 2) silná černá čára znázorňuje průměrnou hodnotu míry informovanosti všech uvedených aspektů
- 3) **vyšší hodnota znamená i vyšší míru informovanosti** potenciálních uživatelů o sociálních službách; hodnota v intervalu <1, 2> vypovídá o **velmi nízké** míře informovanosti o dané sociální službě a hodnota v intervalu <2, 3> vypovídá o **dostatečné informovanosti**.

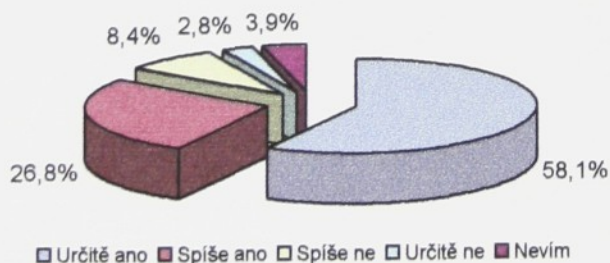
Celková míra informovanosti o sociálních službách je dostatečná. Nejvyšší míra informovanosti potencionálních uživatelů je u **krizových a intervenčních center, terénní pečovatelské služby a domovů důchodců.**

Nejnižší je naopak u klubů důchodců, krizového bydlení a respitní péče.

Tabulka č. 2: Důležitost vytvoření informační brožury

Odpověď	Rel.četn.(%)
Určitě ano	58,1
Spíše ano	26,8
Spíše ne	8,4
Určitě ne	2,8
Nevím	3,9
n	179

Graf č. 2: Důležitost vytvoření informační brožury



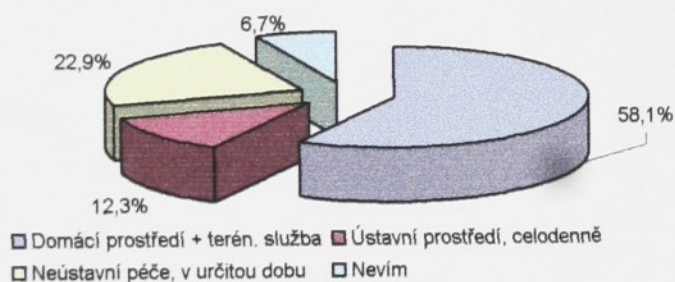
Téměř 85% potencionálních uživatelů považuje za důležité vytvoření informační brožury.

7.1.2 Analýza potřeb

Tabulka č. 3: Upřednostnění typu služby

Odpověď	Rel.četn.(%)
Domácí prostředí + terén. služba	58,1
Ústavní prostředí, celodenně	12,3
Neústavní péče, v určitou dobu	22,9
Nevím	6,7
n	179

Graf č. 3: Upřednostnění typu služby



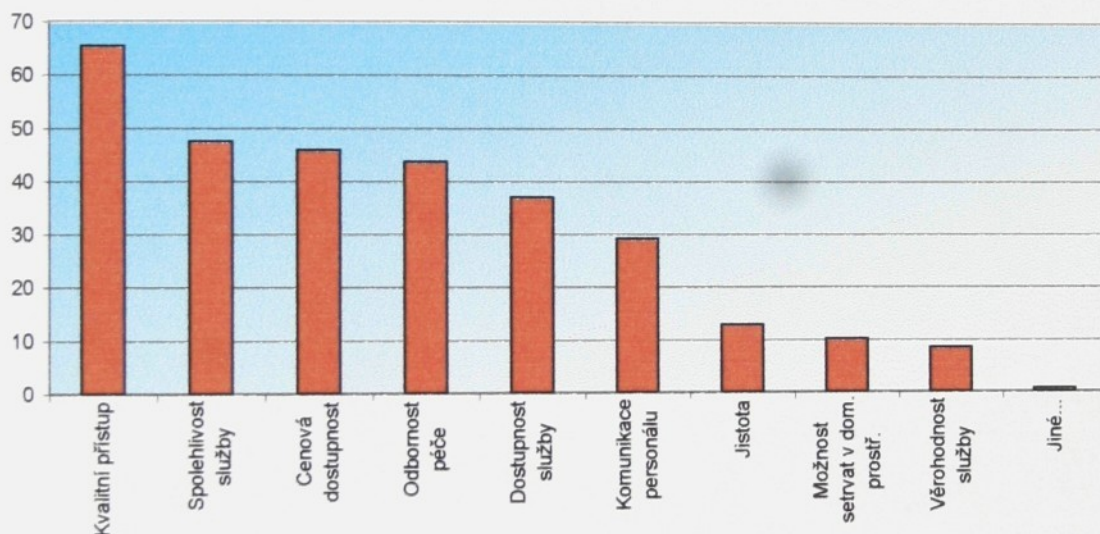
Přes **58% dotázaných** by v případě, že by se o sebe, či své blízké nedokázali postarat, **upřednostňovalo pobyt v domácím prostředí se zajištěnou placenou terénní službou.**

Téměř 23% respondentů by upřednostňovalo neústavní péči v určité době (tj. zejména domy s pečovatelskou službou).

Tabulka č.4: Aspekty při výběru služeb

Odpověď	Rel.četn.(%)
Kvalitní přístup	65,4
Spolehlivost služby	47,5
Cenová dostupnost	45,8
Odbornost péče	43,6
Dostupnost služby	36,9
Komunikace personálu	29,1
Jistota	12,8
Možnost setrvat v dom. prostř.	10,1
Věrohodnost služby	8,4
Jiné...	0,6
n	179

Graf č. 4: Aspekty při výběru služeb



Při výběru poskytovaných služeb by za důležité považovalo přes **65% respondentů kvalitní přístup**, přibližně **46% spolehlivost služby** a téměř **46% cenovou dostupnost**. **Odbornost péče uvedlo téměř 44% potenciálních uživatelů.**

Nejméně často uváděné aspekty jsou **věrohodnost služby** s téměř 9%, **možnost setrvání v domácím prostředí** s 10% a **jistota** s téměř 13%.

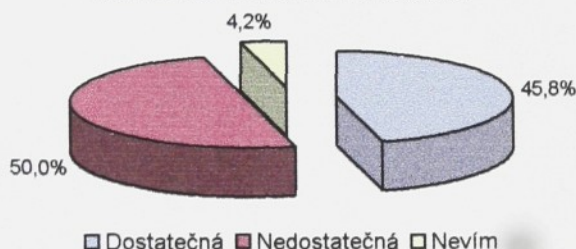
7.2 VÝSLEDKY U RESPONDENTŮ Z OBLASTI ZDRAVOTNICTVÍ

7.2.1 Analýza informovanosti

Tabulka č. 5: Informovanost o sociálních a zdravotně-sociálních službách

Odpověď	Rel.četn.(%)
Dostatečná	45,8
Nedostatečná	50
- z toho v množství	91,7
- z toho v kvalitě	75
Nevím	4,2
n	24

Graf č. 5: Informovanost o sociálních a zdravotně-sociálních službách

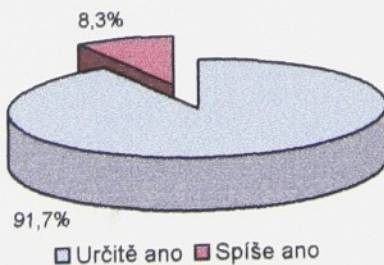


Necelých 46% respondentů považuje informovanost o sociálních a zdravotně sociálních službách v regionu za dostatečnou. Naproti tomu **polovina respondentů považuje informovanost za nedostatečnou**, z toho 75% za nedostatečnou z důvodů kvality a 92% z důvodů množství.

Tabulka č.6: Důležitost vytvoření informační brožury

Odpověď	Rel.četn.(%)
Určitě ano	91,7
Spíše ano	8,3
Spíše ne	0
Určitě ne	0
Nevím	0
n	24

Graf č. 6: Důležitost vytvoření informační brožury



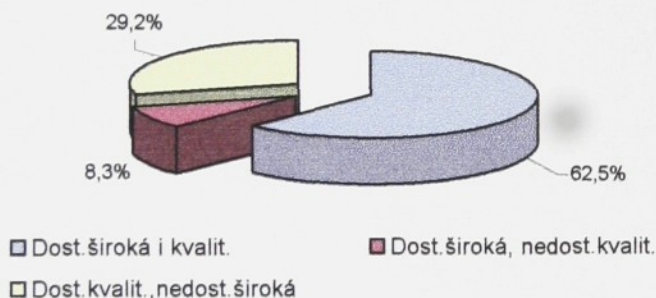
Všichni respondenti považují za důležité vytvoření informační brožury o sociálních a zdravotně sociálních službách v regionu.

7.2.2 Analýza potřeb

Tabulka č. 7: Nabídka služeb pro seniory (Turnov)

Odpověď	Rel.četn.(%)
Dost.široká i kvalit.	62,5
Dost.široká, nedost.kvalit.	8,3
Dost.kvalit.,nedost.široká	29,2
Nedost. kvalit. ani široká	0
Nevím	0
n	24

Graf č. 7: Nabídka služeb pro seniory (Turnov)

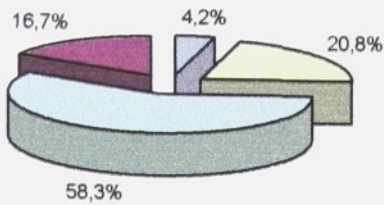


Podle 70% respondentů je nabídka služeb pro seniory v Turnově dostatečně široká. Přes 29% dotázaných si myslí, že nabídka je dostatečně kvalitní, ale není dostatečně široká.

Tabulka č. 8: Nabídka služeb pro seniory (okolní obce)

Odpověď	Rel.četn.(%)
Dost.široká i kvalit.	4,2
Dost.široká, nedost.kvalit.	0
Dost.kvalit.,nedost.široká	20,8
Nedost. kvalit. ani široká	58,3
Nevím	16,7
n	24

Graf č. 8: Nabídka služeb pro seniory (okolní obce)



■ Dost. široká i kvalit.
 ■ Dost. kvalit., nedost. široká
 ■ Nedost. kvalit. ani široká
 ■ Nevím

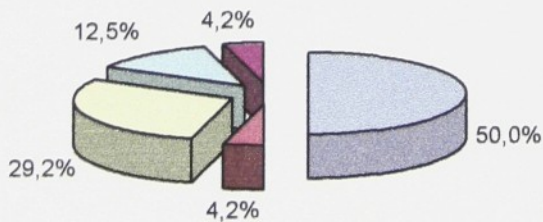
Pouze jeden ze čtyřadvaceti respondentů si myslí, že nabídka služeb pro seniory v okolních obcích je dostatečně široká a dostatečně kvalitní. Více než každý pátý respondent (20,8%) zastává názor, že nabídka je dostatečně kvalitní, ale **nedostatečně široká**. Přes 58% dotázaných si myslí, že nabídka služeb pro seniory v okolních obcích není ani dostatečně široká, ani dostatečně kvalitní.

Téměř 60% respondentů zastává názor, že dostatečně široká a kvalitní nabídka služeb pro seniory existuje pouze ve městě.

Tabulka č.9: Nabídka služeb pro zdr. postižené (Turnov)

Odpověď	Rel.četn.(%)
Dost.široká i kvalit.	50
Dost.široká, nedost.kvalit.	4,2
Dost.kvalit.,nedost.široká	29,2
Nedost. kvalit. ani široká	12,5
Nevím	4,2
n	24

Graf č. 9: Nabídka služeb pro zdravotně postižené (Turnov)



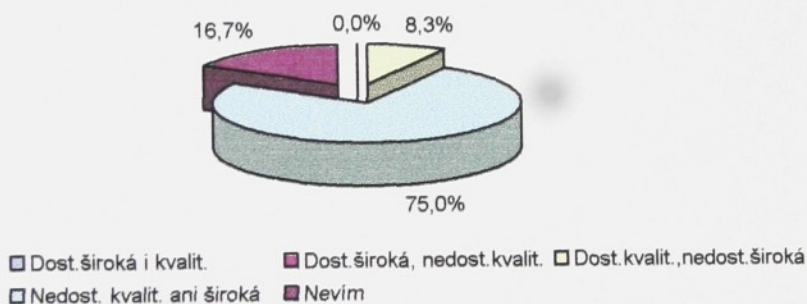
■ Dost. široká i kvalit.
 ■ Dost. široká, nedost. kvalit.
 ■ Dost. kvalit., nedost. široká
 ■ Nedost. kvalit. ani široká
 ■ Nevím

Podle poloviny dotázaných je nabídka služeb pro zdravotně postižené v Turnově dostatečně široká a kvalitní. Více než 29% respondentů považuje nabídku za dostatečně kvalitní, ale nedostatečně širokou. Každý osmý, tj. 13% dotázaných, ji považuje za nedostatečně širokou ani kvalitní.

Tabulka č. 10: Nabídka služeb pro zdr. postižené (okolní obce)

Odpověď	Rel. četn. (%)
Dost. široká i kvalit.	0
Dost. široká, nedost. kvalit.	0
Dost. kvalit. ,nedost. široká	8,3
Nedost. kvalit. ani široká	75
Nevím	16,7
n	24

Graf č. 10: Nabídka služeb pro zdr. postižené (okolní obce)



Všichni respondenti považují nabídku služeb pro zdravotně postižené v obcích na Turnovsku za nedostatečně širokou. Tři čtvrtiny respondentů ji považují za nedostatečně širokou a nedostatečně kvalitní.

Nadpoloviční většina respondentů zastává názor, že nabídka služeb pro zdravotně postižené existuje pouze ve městě.

Tabulka č. 11: Kapacita a kvalita poskytovaných služeb

Údaje představují relativní četnost odpovědí v %, legenda je popsána následujícím klíčem:

5. kapacita je dostatečná, péče je kvalitní

4. kapacita je dostatečná, péče nekvalitní

3. kapacita je nedostatečná (neuspokojuje poptávku)

2. zařízení (služba) není vůbec k dispozici nebo o něm nemám informaci, ale setkávám se se zájmem o toto zařízení

1. zařízení (služba) není vůbec k dispozici nebo o něm nemám informaci, nesetkávám se ani se zájmem o toto zařízení

0. nevím (nemám vůbec žádné informace o této službě, nedokážu posoudit)

Oblast	Typ služby	Varianta odpovědi (údaje v %)					
		5	4	3	2	1	0
Ústavní péče	ústavy sociální péče	0	0	20,8	29,2	25	25
	domovy důchodců	66,7	4,2	20,8	0	8,3	0
	léčebna pro dlouhodobě nemocné	0	4,2	25	62,5	8,3	0
Neústavní péče	penzionsy pro důchodce	45,8	8,3	41,7	0	4,2	0
	domy s pečovatelskou službou	54,2	0	45,8	0	0	0
	chráněné byty	0	0	16,7	25	25	33,3
Krátkodobé denní pobyty	denní stacionář pro zdrav. postižené	75	0	4,2	4,2	4,2	12,5
	denní stacionář pro seniory	79,2	4,2	4,2	8,3	0	4,2
	chráněná dílna	0	0	4,2	41,7	8,3	45,8
Volnočasové aktivity	kluby důchodců	91,7	0	0	8,3	0	0
Péče v rodině klienta	pečovatelská terénní služba	91,7	0	4,2	4,2	0	0
	osobní asistence	4,2	0	4,2	41,7	12,5	37,5
Poradenství	psycholog. poraden. a psychoterapie	62,5	0	20,8	4,2	4,2	8,3
	sociální poradenství	83,3	0	4,2	4,2	4,2	4,2
	sociálně právní poradenství	0	0	8,3	29,2	12,5	50
Bydlení krizové/azylové	noclehárny	0	0	4,2	58,3	29,2	8,3
	azylové domy	0	0	8,3	75	8,3	8,3
	domy na půli cesty	0	0	4,2	54,2	20,8	20,8
Krizová centra/krizové intervence	pro dospělé	0	0	4,2	75	16,7	4,2
	pro matky s dětmi	4,2	0	4,2	79,2	12,5	0
	nebydlící (bez přístřeší)	0	0	4,2	79,2	16,7	0
	oběti násilí	0	0	4,2	83,3	12,5	0
Linky důvěry		4,2	0	0	58,3	16,7	20,8
Respitní (odlehčovací péče)		8,3	0	4,2	58,3	16,7	12,5
Rehabilitační pobyty		87,5	0	0	0	8,3	4,2
n = 24							

Pozn: červeně označená pole představují výskyt s četností 20% nebo vyšší (každý pátý respondent a více)

Nikdo z respondentů není spokojen s kapacitou ústavů sociální péče. Naopak s domovy důchodců jsou naprosto spokojeni dvě třetiny respondentů. Necelé dvě třetiny dotázaných poukazují na **nedostatek léčeben dlouhodobě nemocných.**

Téměř **46% respondentů** se domnívá, že **penziony pro důchodce mají nedostatečnou kapacitu**, nicméně přibližně stejný počet respondentů zastává opačný názor. Téměř **46% respondentů** se domnívá, že **kapacita domů s pečovatelskou službou je nedostatečná**, opačný názor zastává zbytek dotázaných lidí.

Přes polovinu respondentů buďto **nic neví nebo se neseťkává se zájmem o chráněné byty**. Tři čtvrtiny dotázaných jsou naprosto spokojeny s denními stacionáři pro zdravotně postižené a 80% s denními stacionáři pro seniory.

Téměř **46% respondentů neví o chráněných dílnách** a přibližně **stejný počet respondentů se domnívá, že je jich nedostatek**. Naprostá většina dotázaných je naprosto spokojena s kluby důchodců.

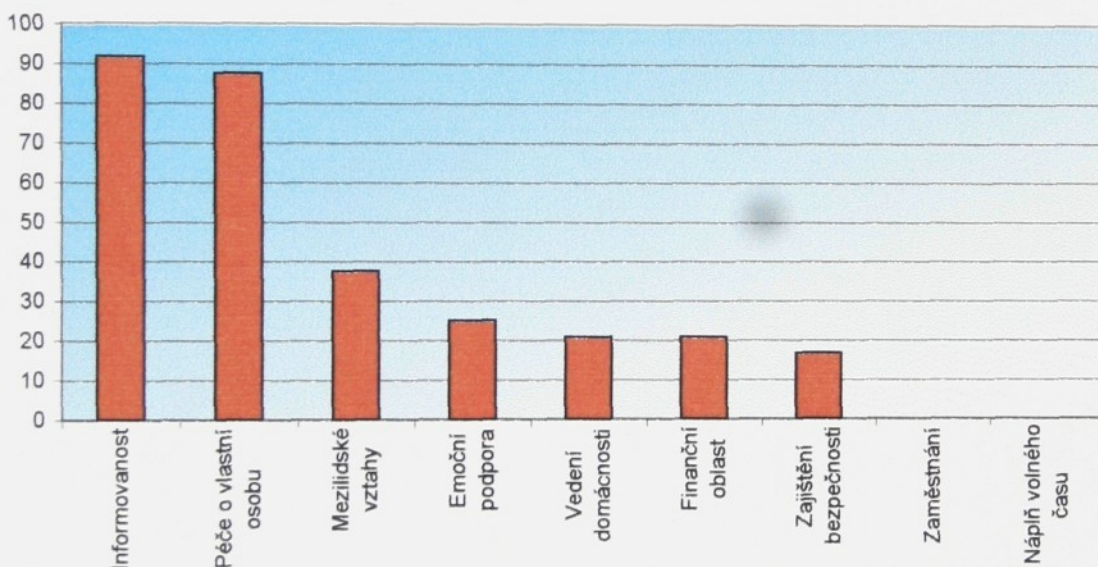
Přes 40% dotázaných postrádá možnost osobní asistence, téměř **stejně množství lidí o této službě neví**.

Nadpoloviční většina respondentů vyjádřila **potřebu krizového/azylového bydlení** a přes **tři čtvrtiny dotázaných potřebu krizových center/krizové intervence**. Téměř **dvě třetiny respondentů postrádá linku důvěry a respitní péči**. Naprostá většina dotázaných je naprosto spokojena s rehabilitačními pobyty.

Tabulka č. 12: Potřebná pomoc při snížené soběstačnosti

Odpověď	Rel.četn.(%)
Informovanost	91,7
Péče o vlastní osobu	87,5
Mezilidské vztahy	37,5
Emoční podpora	25
Vedení domácnosti	20,8
Finanční oblast	20,8
Zajištění bezpečnosti	16,7
Zaměstnání	0
Náplň volného času	0
n	24

Graf č. 12: Potřebná pomoc při snížené soběstačnosti



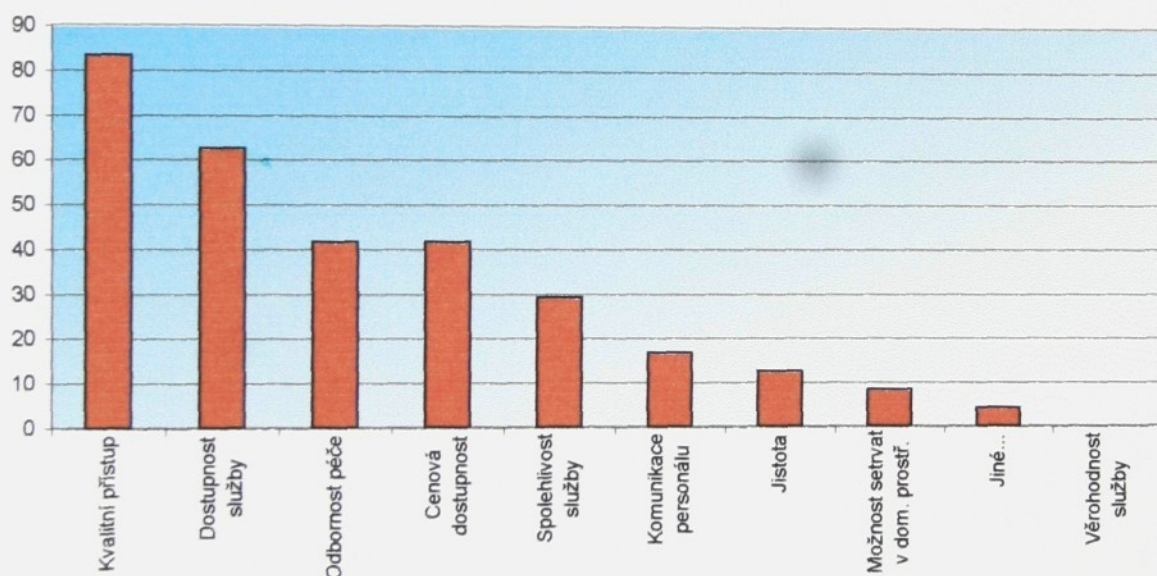
Téměř **92% respondentů** označilo u pacientů se zdravotními problémy nebo ve vysokém věku, kdy je jejich soběstačnost omezena **jako nejdůležitější informovanost, 86% pomoc v péči o vlastní osobu.**

Nikdo neoznačil za potřebnou pomoc s náplní volného času a zaměstnáním, 17% dotázaných jmenovalo potřebu pomoci se zajištěním bezpečnosti.

Tabulka č. 13: Aspekty poskytovaných služeb

Odpověď	Rel.četn.(%)
Kvalitní přístup	83,3
Dostupnost služby	62,5
Odbornost péče	41,7
Cenová dostupnost	41,7
Spolehlivost služby	29,2
Komunikace personálu	16,7
Jistota	12,5
Možnost setrvat v dom. prostředí	8,3
Jiné...	4,2
Věrohodnost služby	0
n	24

Graf č. 13: Aspekty poskytovaných služeb



Přes **83% dotazovaných** zohledňuje při výběru sociálních nebo zdravotně sociálních služeb **kvalitní přístup**, téměř **63% zohledňuje dostupnost služby**.

Nikdo nejmenoval věrohodnost služby. Každý dvanáctý respondent uvedl jako důležitý aspekt možnost zůstat v domácím prostředí. Jistotu považoval za důležitou každý osmý respondent.

8 SHRNTÍ VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

Výsledky průzkumu u potenciálních uživatelů a zdravotnického personálu lze shrnout následujícím způsobem (viz dále kapitoly 8.1 a 8.2).

8.1 VÝSLEDKY PRŮZKUMU U POTENCIÁLNÍCH UŽIVATELŮ

V oblasti informovanosti průzkum ukázal, že celková míra informovanosti o sociálních službách je dostatečná. Nejvyšší míra informovanosti potenciálních uživatelů je u krizových a intervenčních center, terénní pečovatelské služby a domovů důchodců. Nejnižší informovanost je naopak u klubů důchodců, krizového bydlení a respitní péče. Nízká informovanost zejména o klubech důchodců je zarážející, neboť lze předpokládat, že informace o klubech důchodců by využilo pravděpodobně poměrně hodně potenciálních uživatelů i jejich příbuzných. Proto by si tato problematika na Turnovsku zaslouhovala jistě větší pozornost.

Téměř 85% potenciálních uživatelů považuje za důležité vytvoření informační brožury. V této informační brožure by se nemělo zapomenout právě na ty oblasti, v nichž je zjištěna nízká informovanost (kluby důchodců, Krizové bydlení a respitní péče).

Z hlediska upřednostnění typu sociální či zdravotně sociální služby by přes 58% dotázaných potenciálních uživatelů v případě, že by se o sebe, či své blízké nedokázali postarat, upřednostňovalo pobyt v domácím prostředí se zajištěnou placenou terénní službou. Pobyt v domácím prostředí je jistě zejména pro staré občany velmi žádoucí a na druhou stranu je to přínosné i pro stát, který může ušetřit finance za ústavní péči, ale i za péči zdravotní. Je známo, že zdravotní stav se také rychleji zlepšuje, popř. pomaleji zhoršuje, právě v domácím prostředí. Nelze opomenout, že zdravotní stav dokáže výrazně ovlivnit psychika, a to jak v pozitivním, tak negativním slova smyslu. Potřeba terénní služby je u potenciálních uživatelů tedy na dost vysoké úrovni a bylo by třeba zajistit saturaci této potřeby u uživatelů i potenciálních uživatelů nejen v Turnově, ale zejména v okolních obcích. V Turnově jsou služby terénní pečovatelské služby na dobré úrovni, ale v okolních, zejména menších obcích tato služba není dostatečně pokryta.

Téměř 23% respondentů by upřednostňovalo neústavní péči v určité době (tj. zejména domy s pečovatelskou službou).

Při výběru poskytovaných služeb by za důležité považovalo přes 65% respondentů kvalitní přístup, přibližně 46% spolehlivost služby a téměř 46% cenovou dostupnost. Odbornost péče uvedlo téměř 44% potencionálních uživatelů.

Nejméně často uváděné aspekty jsou věrohodnost služby s téměř 9%, jistota s téměř 13% a možnost setrvání v domácím prostředí s 10%. Je zajímavé, že tento výsledek nekoreluje s četností odpovědí v předcházející položce, kde přes 58% dotázaných uvádělo, že je pro ně důležité setrvání v domácím prostředí. Tento rozpor lze jen těžko vysvětlit. Podílet se na něm může to, že se respondenti soustředili při výběru aspektů na jiné faktory, které se jim v této chvíli zdály důležitějšími.

8.2 VÝSLEDKY PRŮZKUMU U RESPONDENTŮ Z OBLASTI ZDRAVOTNICTVÍ

Z hlediska úrovně informovanosti o sociálních a zdravotně sociálních službách necelých 46% respondentů považuje informovanost o sociálních a zdravotně sociálních službách v regionu za dostatečnou. Naproti tomu polovina respondentů považuje informovanost za nedostatečnou, z toho 75% za nedostatečnou z důvodů kvality a 92% z důvodů množství.

Všichni respondenti považují za důležité vytvoření informační brožury o sociálních a zdravotně sociálních službách v regionu.

Podle 70% respondentů je nabídka služeb pro seniory v Turnově dostatečně široká. Přes 29% dotázaných si myslí, že nabídka je dostatečně kvalitní, ale není dostatečně široká.

Pouze jeden ze čtyřadvaceti respondentů si myslí, že nabídka služeb pro seniory v okolních obcích je dostatečně široká a dostatečně kvalitní. Více než každý pátý respondent (20,8%) zastává názor, že nabídka je dostatečně kvalitní, ale nedostatečně široká. Přes 58% dotázaných si myslí, že nabídka služeb pro seniory v okolních obcích není ani dostatečně široká, ani dostatečně kvalitní.

Téměř 60% respondentů zastává názor, že dostatečně široká a kvalitní nabídka služeb pro seniory existuje pouze v Turnově, nikoli v okolních obcích.

Podle poloviny dotázaných je nabídka služeb pro zdravotně postižené v Turnově dostatečně široká a kvalitní. Více než 29% respondentů považuje nabídku za dostatečně kvalitní, ale nedostatečně širokou. Každý osmý, tj. 13% dotázaných, ji považuje za nedostatečně širokou ani kvalitní.

Nadpoloviční většina respondentů zastává názor, že nabídka služeb pro zdravotně postižené existuje pouze v Turnově, nikoli v okolních obcích. Jejich názor je v podstatě správný. Zdravotně postiženým jedincům a jejich rodinám nezbyvá nic jiného, než za těmito službami dojíždět, což může být v mnoha případech problémem.

Všichni respondenti považují nabídku služeb pro zdravotně postižené v obcích na Turnovsku za nedostatečně širokou. Tři čtvrtiny respondentů ji považují za nedostatečně širokou a nedostatečně kvalitní.

Nikdo z respondentů není spokojen s kapacitou ústavů sociální péče. Naopak s domovy důchodců jsou naprosto spokojeny dvě třetiny respondentů. Necelé dvě třetiny dotázaných poukazují na nedostatek léčených dlouhodobě nemocných.

Téměř 46% respondentů se domnívá, že penziony pro důchodce mají nedostatečnou kapacitu, nicméně přibližně stejný počet respondentů zastává opačný názor. Téměř 46% respondentů se domnívá, že kapacita domů s pečovatelskou službou je nedostatečná, opačný názor zastává zbytek dotázaných lidí.

Přes polovinu respondentů buďto nic neví nebo se neseťká se zájmem o chráněné byty. Tři čtvrtiny dotázaných jsou naprosto spokojeny s denními stacionáři pro zdravotně postižené a 80% s denními stacionáři pro seniory.

Téměř 46% respondentů neví o chráněných dílnách, ale přibližně stejný počet respondentů se domnívá, že je jich nedostatek. V Turnově a jeho blízkém okolí však není ani jedna chráněná dílna. Naprostá většina dotázaných je naprosto spokojena s kluby důchodců.

Přes 40% dotázaných postrádá možnost osobní asistence, téměř stejné množství lidí o této službě neví. Tato služba není v Turnově a jeho okolí dosud v podstatě k dispozici.

Nadpoloviční většina respondentů vyjádřila potřebu krizového/azylového bydlení a přes tři čtvrtiny dotázaných potřebu krizových center/krizové intervence. Téměř dvě třetiny respondentů postrádá linku důvěry (ta je však ve skutečnosti dostupná telefonicky) a respitní péči. Naprostá většina dotázaných je naprosto spokojena s rehabilitačními pobyty.

Téměř 92% respondentů označilo u pacientů se zdravotními problémy nebo ve vysokém věku, kdy je jejich soběstačnost omezena jako nejdůležitější informovanost, 86% pomoc v péči o vlastní osobu.

Nikdo neoznačil za potřebnou pomoc s náplní volného času a zaměstnáním, 17% dotázaných jmenovalo potřebu pomoci se zajištěním bezpečnosti.

Přes 83% dotazovaných zohledňuje při výběru sociálních nebo zdravotně sociálních služeb kvalitní přístup, téměř 63% zohledňuje dostupnost služby.

Nikdo nejmenoval věrohodnost služby. Každý dvanáctý respondent uvedl jako důležitý aspekt možnost zůstat v domácím prostředí (v tom se liší s respondenty – potenciálními uživateli). Jistotu služby považoval za důležitou každý osmý respondent.

IV ZÁVĚR A VYUŽITÍ VÝSLEDKŮ PRÁCE PRO PRAXI

Cílem praktické části byl průzkum, resp. sociální analýza, která byla zaměřena na zjištění především dvou aspektů. **Jednak se jednalo o informovanost o sociálních službách a službách s nimi souvisejícími a dále o zjištění aktuálních přání a potřeb v oblasti sociálních služeb**, a to u dvou skupin respondentů v Turnově – **potenciálních uživatelů sociálních služeb a zdravotnického personálu**. Zvolenou metodikou byl **řízený rozhovor**.

Průzkum probíhal v době od začátku listopadu 2003 do konce prosince 2003.

Lze se domnívat, že cíle práce bylo dosaženo. Průzkum a jeho závěry jsou příspěvkem pro relativně novou oblast, tj. komunitní plánování sociálních služeb. **Výsledky a závěry průzkumu nabízejí možnost srovnatelnosti výsledků** nejen regionů Turnovsko, Semilsko a Jilemnicko, ale i dalších regionů Libereckého kraje, v nichž bude pravděpodobně analogický výzkum v relativně krátké budoucnosti realizován.

Výsledky průzkumu mají další vztahy ke konkrétní oblasti praxe. Podklady slouží pro **vytvoření informační brožury o sociálních a zdravotně sociálních službách v Turnově a jeho spádových obcích**. Jde o jakýsi informační manuál, který bude k dispozici odborníkům (lékařům, učitelům, sociálním pracovníkům a pod.) i řadovým občanům, a to nejen v Turnově, ale i v okolních obcích, kde jsou možnosti sociálních a zdravotně sociálních služeb velmi omezené a tomu odpovídá i nízká informovanost o těchto službách. Vznik této brožury se předpokládá v časovém horizontu několika měsíců.

V neposlední řadě jsou výsledky průzkumu podkladem **pro zkvalitňování stávající sociální a zdravotně sociální péče o občany v Turnově a okolních obcích**.

Nejdůležitějším aspektem vztahu k praxi by však měla být promyšlená **plánovitost vzniku nových sociálních a zdravotně sociálních služeb**, se zaměřením na ty instituce a služby, které se ukázaly v tomto regionu jako potřebné. Toto je již však další fáze komunitního plánování, kterou se již tato práce nemůže zabývat.

Lze se domnívat, že bakalářská práce přinesla svůj výrazný podíl nejen na projektu Komunitního plánování sociálních služeb v Libereckém kraji, ale i obecně ve vztahu ke komunitnímu plánování jako relativně nové oblasti u nás.

V SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

1. Český statistický úřad. WWW stránka: Vývoj věkové struktury obyvatelstva a její tendence. Průběžně. Cit. 2003-10-03. <http://www.czso.cz/csu/edicniplan.nsf/p/4109-03>
2. Havrdová, Z.: Kompetence v praxi sociální práce. Osminum, Praha 1999.
3. Housová, A.: Komunitní plánování sociálních služeb na Semilsku. In: Komunitní plánování sociálních služeb a Evropský sociální fond. Sborník konference konané dne 30. – 31. 10. 2003 v Paláci Syner Liberec. Liberecký kraj, Liberec 2003.
4. Kocourová, H.: Turnov - komunitní plánování sociálních služeb v roce 2003. In: Komunitní plánování sociálních služeb a Evropský sociální fond. Sborník konference konané dne 30. – 31. 10. 2003 v Paláci Syner Liberec. Liberecký kraj, Liberec 2003.
5. Kol. autorů: Kvalita sociálních služeb v domovech pro občany se zdravotním postižením. MPSV, Praha 2001.
6. Kol. autorů: Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe. Průvodce poskytovatele. MPSV, Praha 2002.
7. Kopřiva, K.: Lidský vztah jako součást profese. Portál, Praha 1998.
8. Kvalita sociálních služeb v poradenství. Metodika hodnocení. MPSV, Fokus, Praha 2002.
9. Materiál ke konferenci Standardy kvality sociálních služeb. MPSV, Praha 2000.
10. Město Ústí nad Labem. WWW stránka: Komunitní plán péče ve městě a okrese Ústí nad Labem na rok 2001 – 2003. Průběžně. Cit. 2003-10-03. <http://www.usti-nl.cz/showdoc.do?docid=466>
11. Městský úřad Písek. WWW stránka: Komunitní plán města Písek. Průběžně. Cit. 2003-10-03. http://www.mesto-pisek.cz/mu/aktuality/kom_plan.htm
12. Ministerstvo práce a sociálních věcí. WWW stránka: Bílá kniha v sociálních službách. Konzultační dokument. Online. Cit. 2003-10-03. http://www.mpsv.cz/files/clanky/4614/bila_kniha.pdf
13. Ministerstvo práce a sociálních věcí. WWW stránka: Komunitní plánování. Průběžně. Cit. 2003-10-03. <http://www.mpsv.cz/scripts/clanek.asp?lg=1&id=2473>
14. Ministerstvo práce a sociálních věcí. WWW stránka: Návrh typologie sociálních služeb červenec 2002. Průběžně. Cit. 2003-10-03. <http://www.mpsv.cz/scripts/clanek.asp?lg=1&id=2896>
15. Řezníček, I.: Metody sociální práce. Sociologické nakladatelství, Praha 1994.

16. Standardy kvality sociálních služeb. MPSV, Praha 2000.
17. Statistický zpravodaj. Informační občasník ČSÚ. Krajská reprezentace Liberec, Liberec 2004.
18. Svobodová, M., Bodlák, V., Hradecký, I. a kol.: Registrační standardy kvality sociálních služeb. MPSV, Praha 2001.
19. Švingalová, D., Pešatová, I.: Vybrané kapitoly z metod sociální práce. TU v Liberci, Liberec 2003.
20. Švingalová, D., Pešatová, I.: Vybrané kapitoly z metod sociální práce. Přehled současných sociálních služeb. TU v Liberci, Liberec 2003.
21. Turnovsko 2003. Město Turnov, Turnov 2003.
22. Úlehla, I.: Umění pomáhat. Učebnice metod sociální praxe. Renesance, Písek 1996.
23. Vasková, V., Žežula, O.: Komunitní plánování – věc veřejná. Jak zjistit, co lidé opravdu chtějí? Jak zlepšit život v obci? MPSV, Praha 2002.
24. Vydrová, J.: Komunitní plánování sociálních služeb - Jilemnicko. In: Komunitní plánování sociálních služeb a Evropský sociální fond. Sborník konference konané dne 30. – 31. 10. 2003 v Paláci Syner Liberec. Liberecký kraj, Liberec 2003.
25. Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe. Průvodce poskytovatele. MPSV, Praha 2002.
26. Zpravodaj České demografické společnosti č. 24/2001. Hlavní výbor České demografické společnosti, Praha 2001.

VI SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Záznamový formulář pro řízený rozhovor u potenciálních uživatelů

Příloha č. 2: Záznamový formulář pro řízený rozhovor u zdravotnického personálu

VII PŘÍLOHOVÁ ČÁST

Příloha č. 1: Záznamový formulář pro řízený rozhovor u potenciálních uživatelů

Záznamový formulář pro řízený rozhovor u potenciálních uživatelů

Region:

Místo bydliště respondenta (město, obec):

Věk respondenta:

Děti: má – nemá

Rodiče v důchodovém věku: má – nemá

Osobní zkušenosti s péčí o zdravotně postiženého příbuzného: má - nemá

Datum vyplnění dotazníku:

Část A:

1. Jaká je vaše informovanost o daných sociálních a zdravotně sociálních službách?

Označte na škále:

Celková informovanost:

3. informovanost dobrá

2. informovanost částečná

1. informovanost žádná

0. o tyto informace se nezajímám

Dílejší informovanost:

3. informovanost dobrá (ví, že existuje obecně i v daném regionu, zná cílovou skupinu, druh poskytovaných služeb)

2. informovanost částečná (má alespoň jednu informaci z bodu 3)

1. informovanost žádná (nemá žádnou informaci)

0. o tyto informace se nezajímá

a)	celková informovanost	3	2	1	0
b)	domy s pečovatelskou službou	3	2	1	0
c)	domovy důchodců	3	2	1	0
d)	terénní pečovatelská služba	3	2	1	0
e)	osobní asistence	3	2	1	0
f)	respitní (odlehčovací) péče (domovinky)	3	2	1	0
g)	kluby důchodců	3	2	1	0
h)	ústavy sociální péče	3	2	1	0
i)	léčebny pro dlouhodobě nemocné	3	2	1	0
j)	krizová a intervenční centra	3	2	1	0
k)	krizová (azylová) bydlení	3	2	1	0
l)	linky důvěry	3	2	1	0

2. Považoval byste vytvoření informační brožury ve vašem regionu o sociálních, zdravotně sociálních službách a službách, které s nimi souvisejí za důležitou?

- a) ano, určitě
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne
- e) nevím

Část B:

3. Představte si, že byste se vy nebo vaši příbuzní ocitli v situaci, kdy se z důvodu stáří nebo výrazných zdravotních problémů nemůžete o sebe nebo o své blízké postarat a potřebovali byste využít sociální služby.

Upřednostnili byste při možnosti výběru:

- a) pobývat co nejdéle v domácím prostředí a mít zajištěné placené terénní služby (*nákupy, úklid, zajištění stravování apod.*)
- b) pobývat v ústavním prostředí, v němž by vám byla poskytnuta celodenní kompletní sociální a zdravotní péče, na jejímž zajištění byste se finančně podílel (*např. domov důchodců, LDN*)
- c) pobývat v neústavní péči v níž by vám byla poskytnuta potřebná péče, ale pouze v určené době (*např. penzionu pro důchodce, domech s pečovatelskou službou, chráněných bytech*)
- d) nevím, dosud jsem o tom nepřemýšlel

4. Co očekáváte od kvalitní sociální nebo zdravotně sociální služby? Jaké oblasti jsou pro vás důležité při výběru poskytovaných služeb? (Označte 3).

- a) **spolehlivost služby** (služba se provede v dohodnutém termínu, provede se pokaždé dobře)
- b) **kvalitní přístup** (respekt, vlídnost, ohleduplnost, ochota, vstřícnost, porozumění individuálním potřebám)
- c) **dostupnost služby** (mít personál k dispozici, čekací doba, provozní doba, umístění)
- d) **jistota** (bezpečnost, finanční jistota, důvěrnost informací)
- e) **odbornost péče** (schopnost poskytnout kvalitní a kvalifikovanou službu)
- f) **věrohodnost služby** (proslulost a jméno zařízení, personálu)
- g) **komunikace personálu** (schopnost a ochota předávat informace, aktivně naslouchat, vyjasnit podmínky)
- h) **cenová dostupnost služby** (kvalita odpovídá ceně služby)
- i) **možnost setrvat v domácím prostředí**
- j) **jiné oblasti**

Záznamový formulář pro řízený rozhovor u zdravotnického personálu

Region:

Druh zdravotnického zařízení:

Místo:

Kdo vyplnil dotazník: (střední zdravotní personál nebo lékař)

Datum vyplnění dotazníku:

Část A:

1. Považujete z hlediska vašeho profesního zájmu informovanost o sociálních, zdravotně sociálních službách a službách, které s nimi souvisejí ve vašem regionu za:

- a) dostatečné
- b) nedostatečné: v množství v kvalitě
- c) nevím

2. Považoval byste vytvoření informační brožury ve vašem regionu o sociálních, zdravotně sociálních službách a službách, které s nimi souvisejí za důležitou? (Informační brožura by sloužila i vám a vašim pacientům.)

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne
- e) nevím

Část B:

3. Nabídku sociálních a zdravotně sociálních služeb z hlediska kvality a šíře péče o staré občany považujete v (město) za:

- a) dostatečně širokou i kvalitní
- b) dostatečně širokou, ale nedostatečně kvalitní
- c) dostatečně kvalitní, ale nedostatečně širokou
- d) nedostatečně širokou i kvalitní
- e) nevím

4. Nabídku sociálních a zdravotně sociálních služeb z hlediska kvality a šíře péče o staré občany považujete v okolních obcích za:

- a) dostatečně širokou i kvalitní
- b) dostatečně širokou, ale nedostatečně kvalitní
- c) dostatečně kvalitní, ale nedostatečně širokou
- d) nedostatečně širokou i kvalitní
- e) nevím

5. Nabídku sociálních a zdravotně sociálních služeb z hlediska kvality a šíře péče o osoby se zdravotním postižením považujete v (město) za:

- a) dostatečně širokou i kvalitní
- b) dostatečně širokou, ale nedostatečně kvalitní
- c) dostatečně kvalitní, ale nedostatečně širokou
- d) nedostatečně širokou i kvalitní
- e) nevím

6. Nabídku sociálních a zdravotně sociálních služeb z hlediska kvality a šíře péče o osoby se zdravotním postižením považujete v okolních obcích za:

- a) dostatečně širokou i kvalitní
- b) dostatečně širokou, ale nedostatečně kvalitní
- c) dostatečně kvalitní, ale nedostatečně širokou
- d) nedostatečně širokou i kvalitní
- e) nevím

7. Uveďte u jednotlivých zařízení a služeb Váš názor na to, zda je jejich kapacita dostačující a péče kvalitní. **Zakroužkujte jednu z pěti možností u jednotlivých zařízení (sociálních služeb) ve vašem regionu dle níže uvedeného škály:**

5. kapacita je dostatečná, péče je kvalitní

4. kapacita je dostatečná, péče nekvalitní

3. kapacita je nedostatečná (**neuspokojuje poptávku**)

2. zařízení (**služba**) není vůbec k dispozici nebo nemám informaci, že by bylo k dispozici, ale setkávám se se zájmem o toto zařízení

1. zařízení (**služba**) není vůbec k dispozici nebo nemám informaci, že by bylo k dispozici, **nesetkávám se ani se zájmem o toto zařízení**

0. nevím (**nemám vůbec žádné informace o této službě, nedokážu posoudit**)

a	ústavní péče	ústavy sociální péče	5	4	3	2	1	0
		domovy důchodců	5	4	3	2	1	0
		léčebna pro dlouhodobě nemocné	5	4	3	2	1	0
b	péče neústavní	penzióny pro důchodce	5	4	3	2	1	0
		domy s pečovatelskou službou	5	4	3	2	1	0
		chráněné byty	5	4	3	2	1	0
c	krátkodobé denní pobyty	denní stacionář pro zdravotně postižené občany	5	4	3	2	1	0
		denní stacionář pro seniory (např. domovinky)	5	4	3	2	1	0
		chráněná dílna	5	4	3	2	1	0
d	volnočasové aktivity	kluby důchodců	5	4	3	2	1	0
e	péče v rodině klienta	pečovatelská terénní služba	5	4	3	2	1	0
		osobní asistence	5	4	3	2	1	0
f	poradenství	psychologické poradenství a psychoterapie	5	4	3	2	1	0
		sociální poradenství	5	4	3	2	1	0
		sociálně právní poradenství	5	4	3	2	1	0
g	bydlení krizové - azylové	Noclehárny	5	4	3	2	1	0
		azylové domy	5	4	3	2	1	0
		domy na půli cesty	5	4	3	2	1	0
h	krizová centra - krizové intervence	pro dospělé	5	4	3	2	1	0
		pro matky s dětmi	5	4	3	2	1	0
		nebydlící (bez přístřeší)	5	4	3	2	1	0
		oběti násilí	5	4	3	2	1	0
i	linky důvěry		5	4	3	2	1	0
j	respitní (odlehčovací) péče		5	4	3	2	1	0
l	rehabilitační pobyty		5	4	3	2	1	0

8. V případě, že se jedná o pacienta se zdravotními problémy nebo ve vysokém věku, kdy je jeho soběstačnost nějak omezena, potřebuje tento pacient nebo jeho rodina pomoci nejčastěji v následujících oblastech: (označte 3 oblasti)

- a) informovanosti
- b) péči o vlastní osobu (stravování, sebeobsluhu...)
- c) vedení domácnosti
- d) zaměstnání
- e) mezilidských vztazích
- h) emoční podpoře
- i) zajištění bezpečnosti
- j) finanční oblasti
- k) náplni volného času
- l) jiné oblasti

9. Co očekávají vaši pacienti od kvalitní sociální nebo zdravotně sociální služby? Jaké aspekty jsou pro ně důležité při výběru poskytovaných služeb? (Označte 3).

- d) **spolehlivost služby** (služba se provede v dohodnutém termínu, provede se pokaždé dobře)
- e) **kvalitní přístup** (respekt, vlídnost, ohleduplnost, ochota, vstřícnost, porozumění individuálním potřebám)
- f) **dostupnost služby** (mít personál k dispozici, čekací doba, provozní doba, umístění)
- g) **jistota** (bezpečnost, finanční jistota, důvěrnost informací)
- h) **odbornost péče** (schopnost poskytnout kvalitní a kvalifikovanou službu)
- i) **věrohodnost služby** (proslulost a jméno zařízení, personálu)
- j) **komunikace personálu** (schopnost a ochota předávat informace, aktivně naslouchat, vyjasnit podmínky)
- k) **cenová dostupnost služby** (kvalita odpovídá ceně služby)
- l) **možnost setrvat v domácím prostředí**
- j) **jiné aspekty**.....